

Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa:
Intervenções de Enfermagem

Maria Julieta Araújo da Costa

Lisboa

2019

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves.

Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa**

Relatório de Estágio

Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa:

Intervenções de Enfermagem


Maria Julieta Araújo da Costa

Orientador: Prof^a Adjunta Maria Emília Brito

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Three thick, wavy green lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, abstract design.

“Uma das coisas magníficas do ser humano é que somos seres que aprendem... não estamos terminados, concluídos, antes pelo contrário, temos a possibilidade de mudar, adaptar, crescer, desenvolver... de agir, hoje melhor que ontem e logo melhor que agora.”

Lucília Nunes, 2003

AGRADECIMENTOS

À professora Emília Brito pela disponibilidade, empenho e motivação com que me impulsionou a aprofundar as reflexões.

À Ana Marta pela amizade, humor, e apoio ao longo deste percurso académico.

Às colegas da minha unidade por respeitarem, sem pressões, o meu tempo de ausência, em particular à Sónia pela partilha e incentivo...

À enfermeira orientadora de estágio Helena Falcão e a toda a equipa da EC-CI/ECSCP, em particular à Inês e à Catarina, pela forma como me acolheram e compartilharam as suas experiências.

Às pessoas idosas e seus familiares que de forma tão generosa partilharam as suas vidas e contribuíram para a riqueza das minhas aprendizagens...

À minha mãe e ao meu irmão... por continuarem a acreditar em mim...

Às minhas filhas, Mariana e Raquel, o meu maior tesouro, pelo estímulo em querer sempre aprender mais para fazer sempre melhor...

E por fim ao meu marido, Manel, o meu maior agradecimento, por me ter dado a mão e ter caminhado comigo neste percurso de aprendizagens...

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAD – Ajudante de Ação Direta

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ASCJR – Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

ASGVCV – Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAI – *Elder Assessment Instrument*

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EPVA – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

INPEA – *International Network for the Prevention of Elder Abuse*

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PI – Pessoa Idosa

PSP – Polícia de Segurança Pública

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – *World Health Organization*

WHOROE – *World Health Organization Regional Office for Europe*

RESUMO

A violência contra as pessoas idosas constitui um importante problema de direitos humanos e de saúde pública. É nas relações quotidianas e familiares, nomeadamente na intimidade do lar, que surge a violência, muitas vezes associada a um aumento do grau de dependência e perda da autonomia, com consequente aumento da vulnerabilidade. A equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros, precisa de estar capacitada para a prevenção da violência contra as pessoas idosas.

Assim, foi concebido um projeto com os objetivos: contribuir para o desenvolvimento das competências das equipas de enfermagem e das ajudantes de ação direta para a prevenção da violência contra a pessoa idosa no domicílio; desenvolver competências de mestre e de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no cuidar da pessoa idosa e sua família, em diferentes contextos de cuidados.

Foi utilizada a metodologia de projeto e como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Sistemas, de Betty Neuman e o Modelo de Parceria, de Idalina Gomes.

Para a implementação do projeto saliento as seguintes atividades: prestação de cuidados em parceria; avaliação multidimensional da pessoa idosa; autoformação, através de pesquisa bibliográfica, estudo de caso e participação em congressos; formação sobre a violência contra a pessoa idosa às equipas interdisciplinares e às ajudantes de ação direta; elaboração de fluxograma para prevenção de violência doméstica contra a pessoa idosa e respetivo guia orientador; colaboração com a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos; e reflexão sobre as práticas.

Apesar da complexidade do fenómeno da violência contra a pessoa idosa, onde predomina o silêncio, foi possível alcançar como principais resultados: identificação dos recursos da comunidade essenciais nesta problemática para o trabalho em rede; sensibilização das equipas interdisciplinares para a necessidade de intervir nos fatores de risco modificáveis; discussão sistemática das situações de violência contra a pessoa idosa em equipa interdisciplinar; e implementação da avaliação do risco, com o suporte do fluxograma elaborado.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Prevenção; Pessoa Idosa; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Violence against the elderly is an important problem of human rights and public health. It is in everyday and family relations, especially in the intimacy of the home, that violence arises, often associated with an increase in the degree of dependence and loss of autonomy, with a consequent increase in vulnerability. The health team, especially nurses, needs to be empowered to prevent violence against the elderly.

Thus, a project was designed with the objectives: to contribute to the development of the competences of the nursing teams and the direct-acting helpers for the prevention of violence against the elderly in the home; to develop skills of master and nurse specialist in medical-surgical nursing, in caring for the elderly and their family, in different care contexts.

It was used the project methodology and as nursing theoretical reference the Betty Neuman Systems Model and the Idalina Gomes Model of Partnership.

For the implementation of the project I emphasize the following activities: care delivery in partnership; multidimensional assessment of the elderly; self-training, through bibliographic research, case study and participation in congresses; training on violence against the elderly to interdisciplinary teams and direct-acting helpers; preparation of a flowchart for the prevention of domestic violence against the elderly and their guidance guide; collaboration with the Team for the Prevention of Violence in Adults; and reflection on practices.

Despite the complexity of the phenomenon of violence against the elderly, where silence predominates, it was possible to achieve as main results: identification of the essential community resources in this problematic for networking; sensitizing of interdisciplinary teams to the need to intervene in modifiable risk factors; systematic discussion of situations of violence against the elderly in an interdisciplinary team; and implementation of the risk assessment, with the support of the elaborated flowchart.

Key-words: Domestic Violence; Prevention; Elderly Person; Nursing Care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. Processo de envelhecimento	17
1.1.1. Envelhecimento populacional e suas consequências	17
1.1.2. Processo de envelhecimento e dependência	19
1.2. Pessoa idosa e violência doméstica	20
1.2.1. Definições de violência contra a pessoa idosa	21
1.2.2. Tipologias da violência contra a pessoa idosa.....	22
1.2.3. Modelo explicativo do fenómeno da violência: O modelo ecológico	24
1.2.4. O dever de denúncia de situações de violência contra a pessoa idosa: Enquadramento ético e legal	25
1.2.5. Abordagem preventiva da violência interpessoal nos Serviços de Saúde	26
1.3. Papel do enfermeiro na prevenção da violência doméstica contra a pessoa idosa	28
1.3.1. O Modelo de Sistemas, de Betty Neuman	29
1.3.2. O Modelo de Parceria, de Idalina Gomes	31
2. PROBLEMÁTICA / JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	33
3. METODOLOGIA	37
3.1. A Metodologia de Projeto.....	37
3.2. Pesquisa bibliográfica e revisão <i>scoping</i>	39
4. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS	41
4.1. Desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidar da pessoa idosa e sua família, em diferentes contextos.....	41
4.1.1. Análise da prática de cuidados do enfermeiro especialista à pessoa idosa e família	42
4.1.2. Prestação de cuidados à pessoa idosa e família, nos diferentes contextos	45
4.2. Desenvolvimento de competências das equipas de enfermagem e sensibilização das ajudantes ação direta para a prevenção da violência doméstica contra as pessoas idosas no domicílio	47
4.2.1. Aprendizagens na área da violência à pessoa idosa: da formação com peritos ao estudo de caso	48

4.2.2. Identificação dos recursos da comunidade e o trabalho em rede	49
4.2.3. Intervenção na violência à pessoa idosa: da literatura à realidade	52
4.2.4. Desenvolvimento das competências nas equipas de enfermagem para a avaliação de risco de violência contra a pessoa idosa	53
4.2.5. Implementação da avaliação do risco de violência.....	55
4.2.6. Sensibilização das ajudantes de ação direta para identificação e encaminhamento da pessoa idosa vítima de violência	56
4.2.7. Construção de um fluxograma de atuação em situações de suspeita de violência doméstica contra a pessoa idosa	57
4.2.8. Colaboração com a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos nas atividades de sensibilização e formação dos profissionais	60
4.2.9. Divulgação do trabalho realizado	62

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS..... 63

5.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	63
5.2. Competências de mestre em enfermagem.....	65

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 67

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71

ANEXOS

- I. Comprovativo da participação na sessão de informação sobre “Avaliação de Risco em Violência Doméstica”, organizada pela Secretaria Geral do Ministério de Administração Interna
- II. Comprovativo de participação no seminário de “Violência em pessoas com especial vulnerabilidade”, organizado pela ESEL
- III. Índice de avaliação de maus-tratos e abuso a idosos
- IV. Autorização dos autores para utilização do *Elder Assessment Instrument* intitulado na versão portuguesa de “Índice de avaliação de maus-tratos e abuso a idosos”
- V. Autorização da Diretora de Enfermagem e Vogal do Conselho Clínico de Saúde do ACES X para aplicação do *Elder Assessment Instrument* na ECCI/ECSCP
- VI. Formulário de Registo Clínico de Violência da DGS
- VII. Formulário de Denúncia de Crime

- VIII. Programa do 1º seminário organizado pela NACJR e EPVA Y e convite para fazer parte da mesa
- IX. Comprovativo da Menção Honrosa obtido nas V Jornadas do ACES Médio Tejo
- X. Comprovativo de participação nas comunicações Livres do III Congresso Nacional de Cuidados Continuados Integrados e I Conferência de Hospitalização Domiciliária, com a comunicação oral “Proposta de Fluxograma de Atuação em Situações de Suspeita de Violência Doméstica na Pessoa Idosa”

APÊNDICES

- I. Análise e resultados dos questionários aos enfermeiros da UCC
- II. Análise SWOT
- III. Plano de atividades e cronograma do projeto
- IV. Revisão Scoping
- V. Apresentação do projeto à ECCI/ECSCP
- VI. Pedidos de autorização para utilização do *Elder Assessment Instrument*
- VII. Pedidos de agendamento das reuniões com as diretoras técnicas das IPSS
- VIII. Reflexão sobre as reuniões com as diretoras técnicas das IPSS
- IX. Pedido de esclarecimento à Ordem dos Enfermeiros
- X. Pedidos de agendamento das reuniões com os Agentes da PSP
- XI. Pedido de agendamento de reunião com a Sra. Enfª Luísa Horta e Costa (Interlocutora da ARSLVT para a ASCJR e ASGVCV)
- XII. Síntese da reunião com a Sra. Enfª Luísa Horta e Costa (Interlocutora da ARSLVT para a ASCJR e ASGVCV)
- XIII. Correspondência trocada com a Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT
- XIV. Análise da observação da prática de cuidados
- XV. Grelha de análise dos registos de enfermagem
- XVI. Análise dos registos de enfermagem na ECCI/ECSCP
- XVII. Reflexão sobre os registos na ECCI/ECSCP e no SUG
- XVIII. Reflexão sobre as questões éticas e legais da denúncia
- XIX. Reflexão sobre os níveis de prevenção
- XX. Sessão de formação à ECCI/ECSCP: Violência Doméstica na Pessoa Idosa
- XXI. Sessão de formação à ECCI/ECSCP: Violência Doméstica na Pessoa Idosa (Fluxograma de Atuação)

- XXII. Sessão de formação às ajudantes de ação direta: Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa
- XXIII. Estudo de Caso Sra. E
- XXIV. Identificação dos fatores na população idosa acompanhada pela ECCI/ECSCP
- XXV. Reflexão sobre a avaliação multidimensional em contexto de urgência
- XXVI. Fluxograma de atuação em situações de suspeita de violência doméstica contra a pessoa idosa
- XXVII. Guia orientador para a intervenção multidisciplinar na prevenção da violência doméstica contra a pessoa idosa
- XXVIII. Apresentação do dossiê sobre a temática da violência doméstica e a Pessoa Idosa
- XXIX. Tipologias de violência, as ações que a caracterizam e os sinais e sintomas mais frequentes
- XXX. Doenças que mimetizam os sinais de violência
- XXXI. Resumo da candidatura para comunicações livres em formato de poster nas V Jornadas do ACES Médio Tejo
- XXXII. Póster do “Fluxograma de Atuação em Situações de Suspeita de Violência Doméstica no Idoso”, apresentado nas V Jornadas do ACES Médio Tejo
- XXXIII. Slides da apresentação em formato de comunicação oral da “Proposta de Fluxograma de Atuação em Situações de Suspeita de Violência Doméstica na Pessoa Idosa”, no III Congresso Nacional de Cuidados Continuados Integrados e I Conferência de Hospitalização Domiciliária
- XXXIV. *Mail* para os interlocutores das EPVA dos CSP

INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se na unidade curricular Estágio com Relatório do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Tem como finalidade demonstrar as competências desenvolvidas através da análise do percurso de implementação do projeto “Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem”, elaborado na unidade curricular Opção II.

O interesse pela temática surgiu pelo facto de, com o início de funções nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), ter sido confrontada, no decurso das visitas domiciliárias, com algumas situações de suspeita de violência contra as pessoas idosas, consideradas neste relatório como pessoas com 65 anos ou mais anos de idade (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2006). Esse interesse foi aprofundado na unidade curricular Envelhecimento Ativo quando tomei consciência dos números alarmantes de pessoas idosas vítimas de violência e da necessidade de trabalhar esta problemática.

Zabala & Arnau (2010, p. 96) referem que “a verdadeira aprendizagem é produzida quando são estabelecidas relações substanciais e não arbitrárias entre o que já era parte das suas estruturas cognitivas dos alunos e o novo conteúdo de aprendizagem”. Eu procurava soluções para as minhas dúvidas e inquietações, pois a problemática da violência apresentava-se como uma área cheia de zonas cinzentas onde muitas vezes os dilemas éticos acabavam por me paralisar. Emergiram questões que me inquietaram: Como proceder em caso de suspeita de violência contra a pessoa idosa? Deve-se fazer logo a denúncia? Como prevenir? Em conversa com os meus pares senti que também eles partilhavam das mesmas dificuldades. A unidade curricular opção II trouxe-me a oportunidade de poder trabalhar esta temática com a construção de um projeto onde se pretendia, de certa forma, questionar a prática e realizar mudanças inovadoras, traduzindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No serviço onde foi desenvolvido grande parte do estágio, o que emergiu na fase do diagnóstico foi a dificuldade na atuação em situações de suspeita de violência contra a pessoa idosa, com ausência de instrumentos de avaliação e ausência de protocolos de atuação/guia orientador adaptados à pessoa idosa e ao contexto do serviço. Paralelamente foi solicitada, por parte da equipa, colaboração na formação

das ajudantes de ação direta (AAD), e no trabalho que estava a ser desenvolvido pela Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) na divulgação das suas funções e na formação das equipas de saúde da sua abrangência.

Ancorada no diagnóstico efetuado tracei dois objetivos gerais que nortearam este meu trajeto:

- Desenvolver competências de mestre e enfermeira especialista em enfermagem Médico-cirúrgica no cuidar da pessoa idosa e sua família, em diferentes contextos de cuidados;
- Contribuir para o desenvolvimento das competências das equipas de enfermagem e das AAD para a prevenção da violência contra a pessoa idosa no domicílio.

Para o desenvolvimento deste projeto foi utilizada a metodologia de projeto, tendo como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman & Fawcett, 2011) e simultaneamente como modelo de intervenção na pessoa idosa recorri ao Modelo de Parceria de Idalina Gomes (Gomes, 2009, 2013).

Os estágios tiveram lugar em dois contextos distintos, em CSP numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), mais especificamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) / Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), no período entre 25 de Setembro de 2017 e 12 de Janeiro de 2018, e em contexto hospitalar num Serviço de Urgência Geral (SUG), no período entre 15 de Janeiro e 09 de Fevereiro de 2017.

Este relatório é constituído numa primeira parte pelo enquadramento teórico, onde contextualizo o processo de envelhecimento, a problemática da violência contra a pessoa idosa e o papel do enfermeiro na prevenção da violência doméstica na pessoa idosa; seguido da problemática/justificação do projeto; metodologia; apresentação e justificação das atividades realizadas e análise dos resultados obtidos; reflexão crítica sobre o percurso; e, por último, as considerações finais, onde reflito sobre o percurso enquanto estudante e suas repercussões enquanto profissional.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A violência, enquanto fenómeno emergente no atual contexto do envelhecimento demográfico, tem vindo a ganhar visibilidade crescente, não só pelo aumento significativo da população idosa e da sua longevidade, como pelos impactos ao nível da saúde e da qualidade de vida. Este fenómeno, nas suas diferentes formas, é hoje reconhecido como um problema de saúde pública (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002; Yon, Mikton, Gassoumis & Wilber, 2017). E, de entre as diversas formas de violência, a violência em contexto familiar, onde se insere a violência contra as pessoas idosas (PI), tem vindo a ganhar visibilidade social e jurídica.

No sentido de aprofundar esta problemática, pretendo, neste capítulo, abordar o processo de envelhecimento; a problemática da violência contra a PI; e o papel do enfermeiro na prevenção da violência doméstica contra a PI.

1.1. Processo de envelhecimento

O progressivo aumento da longevidade traduz uma conquista importante da humanidade. Ocorre de forma mais significativa nas sociedades mais desenvolvidas, não só mercê do progresso socioeconómico e do avanço da ciência e da tecnologia, que vêm criando condições de vida favoráveis ao aumento da esperança média de vida e a diminuição das taxas de mortalidade, mas também de fatores contextuais de cada país, como o aumento da migração, a redução das taxas de natalidade e de fecundidade (Mailloux-Poirier, 1995; Penhale, 2010; Lopes & Lemos, 2012).

1.1.1. Envelhecimento populacional e suas consequências

As Nações Unidas estimam que o envelhecimento da população acelere no século XXI (World Health Organization [WHO], 2018a), com a população global de pessoas com 60 ou mais anos, a duplicar de 900 milhões em 2015 para cerca de 2 biliões em 2050 (WHO, 2018a). Portugal acompanha esta tendência, onde o índice de envelhecimento que era de 45,4% em 1981 passou para 148,7% em 2016 (Pordata, 2018a).

O aumento da esperança média de vida, atualmente de 80,78 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018), propicia o aumento de doenças crónicas e de incapacidades resultantes do envelhecimento (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; World Health Organization Regional Office for Europe [WHOROE], 2011; Baker, Francis, Hairi, Othman & Choo, 2016; Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes,

2017), com um consequente **aumento das necessidades em termos de cuidados de saúde**. O que significa que a uma maior longevidade alcançada nem sempre corresponde um nível de bem-estar e um grau de autonomia, que possibilite às pessoas idosas a satisfação das suas necessidades fundamentais, sem apoio significativo.

Os dados disponíveis indicam que as mulheres vivem em média menos 1,6 anos de vida saudável comparativamente aos homens (Pordata, 2018b), apesar da esperança de vida à nascença ser inferior para estes, o que contribui para a **feminização do envelhecimento**. Paralelamente, no passado, as mulheres estiveram mais restritas ao trabalho remunerado, o que originou consequências atualmente negativas para as mesmas, incluindo maior risco de pobreza e de problemas de saúde, acesso reduzido às pensões e a cuidados de saúde de qualidade, e maior risco de violência (WHO, 2015).

As alterações demográficas, a par com as alterações sociológicas manifestadas pelas reconfigurações das estruturas familiares, com famílias mais pequenas, e um maior acesso da mulher ao mercado de trabalho renumerado, têm reduzido a disponibilidade das famílias na prestação de cuidados aos seus membros mais dependentes (Brito, 2000; Dias, 2005; Figueiredo, 2007), apesar de a mulher (esposa, mãe, filha, nora) ser identificada, em vários trabalhos, como assumindo o papel de principal cuidador (Dias, 2005; Sequeira, 2010; Imaginário, 2004).

Em Portugal, as **infraestruturas**, em termos de saúde, para as PI ainda são claramente insuficientes (Dias, 2005). O aumento das necessidades de cuidados, num contexto de escassez de recursos, aliado ao facto de estarmos inseridos numa sociedade em que as pessoas valem pelo que produzem e em que a juventude, a beleza e a saúde são cultivados, fazem com que a PI seja vista pelos outros, e muitas vezes também pela própria, como um peso social e económico, desprovido de poder e fisicamente pouco atraente, podendo conduzir a situações de **desigualdade social e exclusão** (Minayo & Coimbra Jr., 2011). Dias (2005) chama a atenção para o facto de as ideias negativas associadas à PI, quando interiorizadas pela própria, atuarem como forças discriminatórias, que alimentam os processos de intimidação e violência.

Acresce ainda que a perda de papel social, associada à velhice, contribui para uma **diminuição do poder de decisão** sobre o seu projeto de vida (Dias, 2005). São sobretudo as PI mais pobres, sem capacidade financeira, os que têm sido alvo de uma maior estigmatização, sendo considerados pela sociedade como “descartáveis” (Minayo & Coimbra Jr., 2011).

1.1.2. Processo de envelhecimento e dependência

Durante muito tempo, o envelhecimento foi considerado como uma doença, resultante do desgaste do corpo e da acumulação das sequelas da infância e da idade adulta (Mailloux-Poirier, 1995). Hoje, porém, sabemos que o processo natural de envelhecimento ou senescência inicia-se no momento da concepção e é progressivo, cumulativo e heterogêneo entre os indivíduos (Martins, 2014), existindo variações significativas relacionadas com o estado de saúde, participação e níveis de independência entre as pessoas mais velhas que possuem a mesma idade, motivo pelo qual a idade cronológica não pode ser um marco preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento (WHO, 2015).

À medida que o tempo vai passando, é previsível que o organismo humano vá perdendo a sua eficácia biológica e, por isso, é expectável que as perdas sejam cada vez mais frequentes e a diferentes níveis. No que concerne às perdas físicas, os fatores genéticos e ambientais condicionam ritmos diferentes nos diversos sistemas do organismo, sendo a perda de capacidade de reserva a sua primeira manifestação (Bernardes & Pinheiro, 2014).

Birren & Cunningham (1985), citados por Guedes (2011), distinguiram três padrões de envelhecimento:

- O **envelhecimento primário**, que diz respeito às mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento que são irreversíveis, progressivas e comuns a todos os indivíduos.
- O **envelhecimento secundário**, que está relacionado com as mudanças causadas pelas doenças que são dependentes da idade, uma vez que o tempo vivido aumenta a probabilidade de exposição a fatores de risco. Estes efeitos nocivos do envelhecimento têm um efeito cumulativo, o que faz com que o organismo apresente uma vulnerabilidade crescente com o passar da idade.
- O **envelhecimento terciário**, que diz respeito ao declínio terminal e caracteriza-se por um grande aumento de perdas num período de tempo relativamente curto.

Particularmente relevante para a PI é a capacidade funcional, que para Gonçalves (2010) é o novo paradigma na saúde, pois o envelhecimento saudável resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica. Ainda que a maioria das pessoas idosas sejam portadoras de, pelo menos, uma doença crónica, nem todos estão limitados por essas doenças, e muitos levam a vida perfeitamente normal (WHO, 2015).

No entanto, a presença de doença(s) crónica(s), associadas ao envelhecimento secundário, potencializa a perda da autonomia nas diferentes dimensões, fomentando a vulnerabilidade na PI, vulnerabilidade esta que está intimamente relacionada com a fragilidade e a dependência. A definição de idoso frágil está associada a um risco aumentado de eventos adversos em saúde, que incluem as quedas, dependência, a recuperação difícil de doença, institucionalização, hospitalização e morte (Gruner, Antunes, Magalhães & Castro, 2014).

A dependência, que de acordo com Moraes et al. (2017) é influenciada pelas “Grandes Síndromes Geriátricas” – incapacidade cognitiva; instabilidade postural; incapacidade da comunicação; incontinência dos esfíncteres e imobilidade –, pode constituir-se numa situação de risco, na medida em que força um relacionamento continuado entre duas pessoas. A dependência pode, igualmente ser geradora de constrangimento, tanto por parte do cuidador¹, como da PI, que perde a sua privacidade (Sousa & Figueiredo, 2006 citado por Rosas, 2015). O risco pode, ainda, ser acrescido nos relacionamentos conflituosos de longa duração em que há inversão de papéis ou nos quadros demenciais em que o *stress* de quem cuida pode potencializar condutas violentas (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016).

E a família, apesar de habitualmente ser representada como sendo essencialmente um espaço de afetos e de solidariedade (Dias, 2010), constitui também um ambiente comum de violência, como recorda a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2002).

1.2. Pessoa idosa e violência doméstica

Ao longo da história, crianças, mulheres e idosos têm sido vítimas das mais diversas formas de violência, legitimada por dogmas religiosos e políticos ou pela ideologia patriarcal (Dias, 2010). A preocupação com o fenómeno da violência, centrada inicialmente na criança, estendeu-se posteriormente à violência na conjugabilidade, tendo só recentemente incluído a PI, acompanhando a influência do contexto histórico internacional (Dias, 2010).

A violência contra a PI é um fenómeno ainda pouco visível (WHO, 2014), menos do que a violência que é perpetrada sobre as crianças e as mulheres, tendo sido

¹ Para uma simplificação da terminologia, sempre que referir o termo “cuidador” está subjacente a ideia abrangente de cuidador, podendo este ser: segundo Paúl & Fonseca (1999), informal (família e amigos/vizinhos), ou formal (pertencente a lares, serviços de apoio domiciliário e centros de dia); e, segundo Sequeira (2010), primário (principal responsável pela prestação de cuidados), ou secundário (alguém que apenas colabora).

reconhecida como um problema social só no final dos anos 1970, início dos anos 1980 (Dias, 2009).

Compreender a magnitude e o impacto da violência contra a PI é o primeiro grande passo para a prevenção do fenómeno (Krug et al., 2002). As estimativas mundiais revelam que uma em cada seis pessoa idosa foi vítima de algum tipo de violência, de acordo com os dados divulgados pela OMS por ocasião da celebração do Dia Mundial da Consciencialização da Violência contra a Pessoa Idosa em 2017 (WHO, 2017). Em Portugal Gil et al. (2014) estimam que 12,3 % da população com mais de 60 anos foi vítima de violência, sendo as taxas de prevalência, de acordo com a tipologia, as seguintes: psicológica, 6,3%; financeiro, 6,3%; física, 2,3%; negligência, 0,4%; e sexual, 0,2%.

Além disso, há quase duas décadas que, com as alterações ao Código Penal introduzidas pela Lei n.º 7/2000, de 27 de Maio, a violência doméstica passou a assumir a natureza de crime público. A transformação sociocultural ainda não acompanhou a transformação legislativa. Faria (2015) recorda, no seu livro “Os crimes praticados contra idosos”, que a lei também tem uma função educativa e esta pode influenciar a forma de pensar dos seus destinatários. Há um percurso histórico de aceitação da violência doméstica como algo da esfera íntima das famílias que é necessário desconstruir.

1.2.1. Definições de violência contra a pessoa idosa

Desde o primeiro artigo de Baker (1975) sobre o tema até aos dias de hoje, que a definição e os termos empregados para descrever o fenómeno da violência contra a PI não têm sido consensuais. As limitações conceptuais, notórias em diferentes estudos de prevalência, têm contribuído para a invisibilidade do fenómeno (Gil, 2014). Mesmo quando estas definições são acordadas, as interpretações podem divergir dentro de diferentes entendimentos profissionais (Phelan, 2010).

Para um mesmo fenómeno, encontramos na literatura diferentes nomenclaturas: “abuso”, “maus-tratos”, “violência”, com tipologias semelhantes. Em Portugal, no enquadramento jurídico sobre a violência, são aplicados termos como maus-tratos, abuso e violência, com conceitos diferentes que se enquadram em diferentes tipologias de crime (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2010). A própria DGS (2016) no referencial técnico de violência interpessoal emprega diferentes termos para o conceito de violência. Ao longo deste trabalho optei pela terminologia “violência”, por esta ser mais abrangente, constar do léxico judicial quando exercida

na esfera familiar e ser o termo mais prevalente no referencial técnico de violência interpessoal proposto pela DGS (2016).

São várias as definições que podemos encontrar na literatura para definir “Violência contra a Pessoa Idosa”, sendo a mais consensual a desenvolvida inicialmente pela organização *Action on Elder Abuse* em 1995, que a refere como sendo “qualquer ato, único ou repetido, ou falta de ação apropriada que ocorra em qualquer relação, supostamente de confiança, que cause dano ou angústia, a uma pessoa de idade” (*Action on Elder Abuse* [1995] citado por Krug et al., [2002, p. 126]). Apesar do consenso desta definição, por englobar várias dimensões do problema, alguns aspetos foram alvo de crítica, nomeadamente a sua difícil operacionalização, devido à inclusão de elementos subjetivos, como a “expetativa de confiança” e “dano ou angústia” (Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013).

Phelan (2010) chama a atenção para o facto de as interpretações universais de violência contra a PI poderem ser prejudicadas pela falta de atenção aos valores culturais e étnicos. Aqui ganha sentido o modelo de intervenção à pessoa idosa, o Modelo de Parceria de Idalina Gomes (Gomes, 2009, 2013), que procura através da escuta da narrativa, o conhecimento daquilo que são os valores e as referências culturais daquela pessoa em concreto.

1.2.2. Tipologias da violência contra a pessoa idosa

No entender de Krug et al. (2002) a violência pode ser autodirigida, interpessoal ou coletiva. Dentro da interpessoal, ela pode ser enquadrada no âmbito da comunidade ou familiar/parceiros íntimos, sendo que a violência contra a PI, está incluída nesta última.

Consensualmente, na literatura (Krug et al., 2002 e WHO/ International Network for the Prevention of Elder Abuse [INPEA], 2002; Gil, 2014; Gil, Kislaya, Santos, Nunes, Nicolau & Fernandes, 2015; Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016) estão descritas cinco tipologias de violência contra a PI:

- **Física**, cujos sinais e sintomas são mais facilmente detetados e, por isso, o principal motivo das denúncias (Gil, 2014).
- **Psicológica**, com uma baixa visibilidade, pela subtilidade como ocorre, sendo difícil de diagnosticar e por isso difícil de provar em tribunal (Faria, 2015, citando Magalhães, 2010).
- **Sexual**, ainda tabu na nossa sociedade, devido à persistência de estereótipos relacionados com a imagem pouco atrativa da PI (Fernandes & Carvalhas, 2016).

- **Financeira**, também designada por crimes patrimoniais, praticada maioritariamente por pessoas próximas, como os cuidadores. É pouco denunciada e de difícil prova. Quando praticada por familiares da vítima tem natureza particular, o que implica que a vítima apresente queixa (Fernandes & Carvalhas, 2016).

- **Negligência**, a qual, tendo em conta a intencionalidade da conduta, pode ser dividida em dois tipos: ativa, quando existe uma intencionalidade na ausência das ações necessárias ao bem-estar da pessoa, ou passiva, quando resulta do desconhecimento, não existindo intencionalidade em prejudicar (Dias, 2005).

Em apêndice encontra-se uma tabela com as várias tipologias de violência, as ações que as caracterizam e os sinais e sintomas mais frequentes (Apêndice XXIX).

Alguns autores consideram também outras formas de violência, como **abandono** (*National Center on Elder Abuse at the American Public Human Services Association*, 1998; Ferreira-Alves, 2004; Santos & Vieira, 2014; Caceres & Fulmer, 2016); **violência estrutural e social e idadeismo** (WHO & INPEA, 2002; Dias, 2005), termo traduzido do inglês “*ageism*”, utilizado para caracterizar as atitudes de discriminação, segregação e os estereótipos ainda persistentes em relação às PI (DGS, 2016) e que permitem que as atitudes violentas a pessoas deste grupo etário sejam consentidas (Phelan, 2008).

Outros autores, como Minayo (1994; 2005), classificam as manifestações da violência contra a PI da seguinte forma: **estrutural**, que ocorre como consequência da desigualdade social; **interpessoal**, decorrente das formas de comunicação e das interações quotidianas; e **institucional**, consequente da ação ou omissão das políticas sociais do Estado e ou das instituições de apoio social, contribuindo para as assimetrias de poder, e para a discriminação.

Na prática diária os diferentes tipos de violência podem ocorrer em simultâneo, sendo que nem sempre é clara a divisão nas suas diferentes tipologias (Redondo, Pimentel & Correia, 2012; Gil, 2014; Hurlick et al. 2017).

A violência contra a PI está, também, associada a diversos eventos, potencialmente *stressores* ou fatores de risco, que podem ser analisados a nível individual, referente à potencial vítima (PI) e ao agressor (cuidador); das relações interpessoais; da comunidade; e da sociedade (WHOROE, 2011; Johannesen & Logiudice, 2013; Pillemer et al., 2016):

- **Pessoa Idosa**: género (mulher); idade (superior a 74 anos); dependência física ou cognitiva; presença de doenças psiquiátricas; atitudes agressivas e comportamentos desafiadores por parte da vítima.

- **Cuidador:** género (os homens mais associados à violência física e as mulheres mais associadas à negligência); presença de doenças psiquiátricas; comportamentos aditivos; comportamentos de hostilidade e agressão; problemas financeiros e sobrecarga do cuidador.

- **Relação:** dependência financeira do agressor em relação à vítima; dependência emocional e habitacional, mútua entre o agressor e a vítima; transmissão intergeracional da violência; relacionamento difícil de longa duração; parentesco e coabitação.

- **Comunidade:** existência de isolamento social e falta de suporte social.

- **Sociedade:** onde se inclui a discriminação em função da idade (idadismo), assim como outras formas de discriminação como o racismo, o sexismo, os fatores sociais e económicos, e a banalização da cultura da violência.

1.2.3. Modelo explicativo do fenómeno da violência: O modelo ecológico

Na literatura encontramos várias teorias explicativas do fenómeno da violência, sendo o modelo ecológico o mais citado, por ser interpretativo do fenómeno e orientador da intervenção (*Registered Nurses' Association of Ontario* [RNAO], 2014; DGS, 2016). Este modelo coloca em evidência a complexidade do fenómeno da violência, envolvendo diversas variáveis de dimensões diferentes, que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade à violência.

Segundo Krug et al. (2002) o modelo ecológico desenvolve a interligação entre os fatores individuais e os contextuais, apresentando a violência como uma consequência do efeito dos vários níveis e sistemas ambientais sobre o comportamento da pessoa. Este modelo salienta a importância de uma prevenção com diferentes níveis de atuação em que é essencial a colaboração e coordenação nos quatro níveis: individual, relacionamento, comunidade e social. Permite também concluir que uma intervenção adequada requer uma abordagem multidimensional e multidisciplinar dos casos de violência contra as pessoas idosas, de modo a ampliar as capacidades de atuação e a repartir responsabilidades entre os diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes policiais, magistrados...) e instituições (Brandl, Bitondo Dyer, Heisler, Otto, Stiegel, & Thomas, 2007; Redondo et al., 2012, citando AMA, 1992; Santos & Vieira, 2014; DGS, 2016; O'Brien-Suric, Benson, Dong, & Fulmer, 2017). Todos devem estar cientes da complexidade que caracteriza as necessidades sociais e individuais das PI.

1.2.4. O dever de denúncia de situações de violência contra a pessoa idosa: Enquadramento ético e legal

À luz Código Penal Português, revisto pela Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro, a violência doméstica constitui um crime público (tipificado no artigo 152.º), podendo ser denunciado por qualquer pessoa à polícia ou ao Ministério Público. O conteúdo do número 1 desse artigo explicita o tipo de comportamentos a considerar neste quadro legal:

Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: (...) c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; é punido com pena de prisão (...). (Lei n.º 59/2007, artigo 152.º)

Simultaneamente, de acordo com a alínea b) do artigo 242.º do Código do Processo Penal, todo o profissional tem a obrigação legal de denunciar as situações de violência: “a denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos... para os funcionários... quanto a crimes de que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas” (Lei n.º 48/2007).

Tendo em conta o que foi referido, importa salientar que todos os profissionais envolvidos no atendimento às vítimas devem conhecer a legislação e devem estar preparados para os desafios da identificação e avaliação e para as consequências da denúncia dos crimes de natureza pública.

Deontologicamente os enfermeiros têm a obrigação de detetar, avaliar, intervir e reportar as situações de violência contra a PI, como se infere da alínea c) do artigo 102.º do Código Deontológico do Enfermeiro, que refere que o enfermeiro assume o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro).

Em termos éticos, é essencial que, após a deteção das situações de violência, se forneça à PI informação sobre os seus direitos, alternativas viáveis e possíveis procedimentos a adotar (*empowerment*), que lhe seja permitida a liberdade para tomar decisões, para resolver os seus problemas e necessidades, respeitando o seu tempo, o seu ritmo e as suas decisões - Princípio de autonomia (Bernal & Gutiérrez, 2005; APAV, 2010).

É, no entanto, contraproducente e eticamente questionável, sujeitar as pessoas idosas a rastreios e avaliações, se não se dispuser de meios sociais, económicos,

legais ou outros, que lhes forneçam o apoio necessário para ultrapassar essas situações – Princípio da beneficência e da não maleficência (Bernal & Gutiérrez, 2005; Perel-Levin, 2008). No entanto, muitos autores acreditam que os benefícios compensam os riscos de prejudicar alguém e advogam que o rastreio deve ser realizado a toda a população (Fulmer, Paveza, Abraham & Fairchild, 2000; Caceres & Fulmer, 2016; DGS, 2016). Dados da revisão de literatura efetuada pela *U.S. Preventive Services Task Force* em 2004, revelaram ausência de evidências de efeitos adversos resultante de rastreios, no âmbito da violência doméstica (Perel-Levin, 2008).

Além disso, tendo em conta que, muitas vezes, a revelação da situação pode constituir-se como um fator de risco agravante (Phelan, 2010; Lachs & Pillemer, 2015; DGS, 2016) e que toda a atuação deve ter sempre por princípio assegurar a máxima segurança da vítima, a denúncia não deve ser, em determinadas situações, o primeiro recurso. Impõe-se a adoção de medidas de proteção destinadas a impedir o exercício de manobras de intimidação e/ou de retaliação por parte do cuidador evitando uma vitimização secundária e repetida (Faria, 2015). Gil (2014) refere que na maioria das vezes os agressores são os familiares diretos, cônjuges/companheiros e filhos, por vezes a “única companhia da pessoa vítima” de violência (Krug et al., 2002, p. 134). A DGS (2016) reconhece a dificuldade nas respostas sociais, facto que nesta área constitui um forte obstáculo à intervenção. E a prática comprova que nem sempre estas respostas são suficientemente céleres e que os recursos das comunidades para os utentes com necessidades especiais são claramente insuficientes.

A DGS (2016) realça que o profissional, no entanto, não deve “evitar” a deteção de casos de violência, com receio de agravar a situação e/ou envolver-se. Deve sim apoiar-se na consultadoria a colegas, nomeadamente nas EPVA. Adverte ainda, que a não identificação das situações poderá implicar o aumento da escalada da violência e a possibilidade da morte da vítima.

1.2.5. Abordagem preventiva da violência interpessoal nos Serviços de Saúde

Assumindo a violência doméstica a natureza de crime público, existem, no entanto, vários obstáculos que dificultam a sua denúncia, tanto por parte da vítima como dos próprios profissionais, incluindo os da área da saúde e que contribuem para que predomine o silêncio e se oculte a vitimização por longos períodos de tempo:

- **Por parte da vítima:** não reconhecimento e/ou não aceitação de se encontrar numa situação de violência; o considerar ser um assunto privado; o sentimento de culpa, o medo, a vergonha; o considerar que o ato não é suficientemente grave para

denunciar; o pretender proteger o/a parceiro/a, os seus filhos e/ou cuidadores; a inexistência de prova que comprove o crime; o receio de ser desacreditada; ou ainda o medo de ser institucionalizada (Bernal & Gutiérrez, 2005; APAV, 2010; Phelan, 2010; DGS, 2016).

– **Por parte dos profissionais de saúde:** por carência de formação adequada sobre o processo de envelhecimento e sobre a identificação dos sinais e indicadores de violência contra a PI; por ausência de protocolos de rastreio, avaliação e intervenção; indisponibilidade de meios adequados para diagnosticar de forma diferencial a vitimização; ou por não se quererem envolver em questões legais (Bernal & Gutiérrez, 2005; APAV, 2010; DGS, 2016). Os profissionais de saúde tendem a considerar a violência como assunto da justiça criminal e a violência doméstica como assunto da esfera privada familiar, pouco permeável à intervenção (WHO, 2013; DGS, 2016).

Estudos apontam para o facto de a violência visível, reportada às instituições de proteção, poder ser apenas uma pequena percentagem, quando comparada com a violência não reportada (Gil, 2014). Submerso no *iceberg* existirão casos de violência contra as PI, que nunca foram identificados e muito menos reportados.

Para colmatar a necessidade de uma intervenção sistematizada dos profissionais de saúde nas situações de violência interpessoal, no âmbito da Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), criada pelo Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio, foi elaborado o documento “Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde” (DGS, 2016), um referencial técnico que visa:

Reforçar as competências dos profissionais de saúde na resposta ao fenómeno da violência interpessoal; explicitar um conjunto de princípios de boa prática; estabelecer árvores de decisão e fluxogramas de atuação, no que respeita à deteção do risco e à gestão e encaminhamento dos casos sinalizados; rentabilizar os recursos existentes e promover a mudança gradual no paradigma da intervenção da saúde no fenómeno da violência, privilegiando uma lógica de atuação mais focada na prevenção da ocorrência de atos violentos do que na reparação das lesões subsequentes. (DGS, 2016, p. 18)

Na Terceira Parte deste documento, intitulada “Protocolo Geral de Atuação”, é descrito um fluxograma geral de atuação, que “tem como objetivo facultar orientações para as boas práticas na deteção e intervenção em situações de violência interpessoal, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde” (DGS, 2016, p. 143), constituindo-se como um guião orientador da prática dos profissionais de saúde em situações de violência interpessoal. Este fluxograma geral de atuação em violência interpessoal, que “deve ser utilizado de forma transversal com as adaptações inerentes

aos diferentes serviços” (DGS, 2016, p. 143), encontra-se estruturado tendo em conta as principais etapas que devem guiar a atuação do profissional de saúde: Rastreio; Detecção / Avaliação; Hipótese de diagnóstico; Registo; Atuação; Sinalização. Etapas estas que não são estanques, mas dinâmicas.

Além deste referencial, e como forma de operacionalizar a ASGVCV, surgiram as EPVA, criadas pelo Despacho n.º 6378/2013. São várias as suas competências, definidas no referido Despacho, entre as quais destaco: contribuir para a formação da população em geral e a sensibilização dos profissionais técnicos e administrativos dos diferentes serviços, relativamente à igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo da vida; divulgação de informação de carácter técnico, legal e normativa sobre a matéria; fomentar a formação e preparação dos profissionais, no que se refere à temática em questão; e fornecer dados estatísticos sobre as situações de violência atendidas nos Hospitais e nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) onde se encontram estas equipas. Para uma atuação mais eficaz preconiza-se a estabilidade das equipas e uma composição multidisciplinar onde constem médicos, assistentes sociais e enfermeiros.

Face a uma realidade distante, em muitos contextos, daquilo que estava preconizado, foi publicado, em Junho de 2017, o Despacho n.º 5656/2017, que determinava que, entre outras medidas, as instituições do Serviço Nacional de Saúde deveriam garantir a afetação dos recursos humanos e técnicos e salvaguardar a estabilidade na composição das equipas interdisciplinares, condição necessária para a efetividade das intervenções.

Inseridos nas EPVA, ou dentro das equipas de cada unidade funcional, os enfermeiros têm um papel relevante na prevenção da violência doméstica contra a PI.

1.3. Papel do enfermeiro na prevenção da violência doméstica contra a pessoa idosa

O fenómeno da violência tem sido encarado, ao longo dos anos, como sendo um **problema de direitos humanos e de cidadania** (Krug et al., 2002; Phelan, 2008; Ferreira- Alves, 2004) transversal a todas as culturas, que compromete a **integridade física, psicológica e social** (Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006, WHOROE, 2011; Yon et al., 2017) e coloca vidas em perigo (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Ademais, e ao contrário do que se possa pensar, a violência é também um problema de **saúde pública** (WHO, 2018b), com gastos acrescidos a nível

social e de saúde (Espíndola & Blay, 2007), gerador de um aumento de utilização dos serviços de saúde (Krug et al., 2002; Fernández-Alonso & Herrero-Velázquez, 2006; Podnieks & Thomas, 2017).

A dimensão do problema da violência contra a PI em contexto familiar exige uma abordagem sistematizada, apoiada naquilo que a evidência científica revela como sendo as boas práticas. Daí a pertinência de se ter como referencial modelos adequados para a intervenção.

As teorias de enfermagem permitem organizar, compreender e analisar os dados das pessoas, assim como tomar decisões sobre as intervenções a serem instituídas, planejar, prever e avaliar os resultados das mesmas. É, pois, importante que o enfermeiro de enfermagem avançada apoie a sua prática nelas. Neste sentido, o Modelo de Sistemas, de Betty Neuman (Neuman & Fawcett, 2011) e o Modelo de Parceria, de Idalina Gomes (Gomes, 2009, 2013) constituem dois referenciais para a sistematização dos cuidados prestados: 1) o Modelo de Sistemas por ser holístico e permitir a análise de um fenómeno tão complexo como a violência; 2) o Modelo de Parceria por permitir operacionalizar o processo de cuidados centrado na pessoa idosa, através dos atributos inerentes a cada uma das suas fases e dos pressupostos necessários para a construção de uma relação de parceria.

1.3.1. O Modelo de Sistemas, de Betty Neuman

A violência apresenta vários fatores de risco associados. Estes podem ser considerados como eventos potencialmente *stressores*, tendo em conta que são estímulos que poderão ameaçar o organismo, originando, um padrão de respostas físicas que o corpo utiliza para evitar ou escapar de uma condição avaliada como adversa (Gazzaniga & Heatherton, 2007, citados por Lima 2014).

Os *stressores* são estímulos produtores de tensão que carregam um potencial para produzir desequilíbrios e podem ser intrapessoais, extrapessoais ou interpessoais e podem ter uma carga positiva ou negativa (Vieira, Alvarez, Gonçalves, 2009, citados por Lima, 2014):

- Os **stressores intrapessoais** são forças com origem no próprio indivíduo, como os sentimentos de raiva ou de frustração.
- Os **stressores extrapessoais** são forças com origem externa ao indivíduo, como a situação económica adversa, desemprego.

– Os **stressores interpessoais** são forças que resultam da interação entre dois ou mais indivíduos, como, por exemplo, expectativas inalcançáveis em relação a papéis sociais.

De acordo com o Modelo de Sistemas (Neuman & Fawcett, 2011) a PI (cliente) é vista como um sistema aberto com diferentes variáveis (fisiológicos, socioculturais, psicológicos, de desenvolvimento e espirituais), que compõem a estrutura básica do núcleo. Em permanente interação com as forças ambientais, ela procura persistentemente encontrar um ponto de equilíbrio, isto é, o seu bem-estar (Neuman & Fawcett, 2011). O objetivo da enfermagem é, portanto, manter ou estabilizar o sistema, através de intervenções nos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Freese, 2004).

Ao nível da violência, autores como Phelan (2010), Penhale (2010) e DGS (2016) fazem também referência a três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Bernal & Gutiérrez (2005) acrescentam ainda a prevenção primordial, cujo objetivo é a diminuição da vulnerabilidade da população idosa, atuando ao nível macro-social. Na saúde pública, de acordo com Almeida (2005) e Meireles (2008), atualmente estão identificados cinco níveis de prevenção: primordial, primária, secundária, terciária e quaternária. Uma visão aprofundada dos cinco níveis é apresentada no apêndice XIX.

Na **prevenção primária da violência** preconiza-se a atuação sobre as causas, neste caso, sobre os fatores de risco identificados na prestação de cuidados (Bernal & Gutiérrez, 2005). Na perspectiva de Neuman, pretende-se identificar o *stressor* ou eventual *stressor*, possibilitando, assim, reduzir a probabilidade de enfrentar o *stressor* e/ou aumentar a capacidade de resposta da pessoa para diminuir a sua reação a este. As intervenções a desenvolver pelo enfermeiro são no sentido de expandir a linha flexível de defesa e ajudar o cliente a manter o sistema estável (Freese, 2004). As intervenções devem, por isso, centrar-se em: informar a PI sobre os seus direitos; encorajá-la a manter a sua autonomia e a evitar o isolamento social; apoiar o cuidador informando sobre os diversos recursos da comunidade, nomeadamente encaminhá-lo para o descanso do cuidador; sensibilizar as equipas das AAD para os sinais de violência e motivá-las a notificar as situações de suspeita de violência identificadas à responsável técnica (WHO 2008; APAV, 2010; Hoover & Polson 2014; Santos e Vieira, 2014; DGS, 2016).

Na **prevenção secundária da violência** preconiza-se a identificação e intervenção precoce nos contextos de violência. Todavia, tal só é possível se o enfermeiro

conseguir reconhecer os sinais de alerta e posteriormente intervir com medidas que evitem a sua perpetuação (Phelan, 2010; WHOROE, 2011), através de uma intervenção sistematizada. Na perspectiva de Neuman, este nível de prevenção é entendido como um conjunto de intervenções ou tratamentos iniciados após a ocorrência de uma reação ao *stressor* (Freese, 2004). A intervenção de enfermagem deve consistir em identificar os sinais e sintomas de violência contra a PI apresentados, de acordo com a tipologia, no apêndice XXIX. Dessa forma, o enfermeiro deve procurar intervir precocemente, de modo a tratar e reduzir os efeitos negativos dos *stressores*.

Na **prevenção terciária da violência** preconiza-se o aumento da resistência aos *stressores* prevenindo novos episódios e reduzindo as consequências das situações de violência já identificadas (Freese, 2004). As intervenções passam pela prestação de cuidados de acordo com a tipologia da violência, articulando com os recursos da comunidade, nomeadamente com a linha de Emergência Social 144 e caso necessário retirar a PI do local; pela elaboração de protocolos de referenciação entre instituições e serviços com interlocutores de referência (APAV e Linha de Emergência Social); criação de serviços de apoio às vítimas (ex. casas de abrigo); protocolos de avaliação realizada pela equipa multidisciplinar. Este processo é cíclico no sentido de retorno à prevenção primária (Freese, 2004).

1.3.2. O Modelo de Parceria, de Idalina Gomes

O Modelo de Parceria, de Idalina Gomes (Gomes, 2009, 2013) é um modelo que permite compreender “o verdadeiro encontro” entre a pessoa que cuida e a pessoa que vive a doença (Gomes, 2013). Pressupõe cinco fases distintas, que não são estanques e que, por isso, podem ocorrer em simultâneo: revelar-se; envolver-se; capacitar ou possibilitar; comprometer-se; e assumir ou assegurar o cuidado de si:

1ª Fase: Revelar-se. Esta fase “caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p. 99). Nesta fase, tendo como o objetivo a promoção do projeto de saúde e de vida da PI, o enfermeiro procura, primeiro que tudo dar-se a conhecer e, de seguida, conhecer a identidade, o contexto de vida, a história da doença, assim como o potencial de desenvolvimento da PI. Uma das preocupações nesta fase é a promoção de um ambiente favorável à interação, demonstrando afetividade e respeito pela PI, e manifestando disponibilidade para a escuta das narrativas.

2ª Fase: Envolver-se. Esta fase caracteriza-se “... pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver

uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2013, p. 100). Nesta fase, o aprofundar da relação entre o enfermeiro e a PI, permite explorar o conhecimento do que é único nesta, identificando seus recursos internos e externos. Requer por isso espaço, tempo e disponibilidade interior. Preconiza-se que o enfermeiro utilize estratégias de transparência e verdade, sendo assertivo na sua comunicação.

3ª Fase: Capacitar ou possibilitar. Nesta fase existe uma dupla faceta, pretende-se “... construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir” (Gomes, 2013, p. 101) ou “assumindo o enfermeiro a responsabilidade dos cuidados que o Outro devia ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia...” (Gomes, 2013, p. 102). Tendo em conta o conhecimento que detém da PI, o enfermeiro: capacita-a para que possa tomar uma decisão relativamente à sua situação; preocupa-se em promover a partilha de poder e de responsabilidade; informa-a sobre os recursos que tem a sua disposição; negoceia; promove a reflexão, não impondo as suas ideias; ajuda a ordenar as ideias, favorecendo a tomada de decisões para iniciar um processo de mudanças. Ao possibilitar o cuidado ao outro, o enfermeiro assume o cuidado que o outro teria para consigo próprio (se tivesse autonomia), ou capacita a família para cuidar da PI.

4ª Fase: Comprometer-se. Esta fase caracteriza-se pelo “... desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa...” (Gomes, 2013, p. 103). Nesta fase, o enfermeiro apoia a PI no sentido de esta assumir os compromissos que foram estabelecidos, respeitando as suas decisões. As ações do enfermeiro visam uma transição progressiva de uma capacidade potencial para uma capacidade real.

5ª Fase: Assegurar ou assumir o controlo do cuidado de Si ou do Outro. Esta fase caracteriza-se pelo assumir por parte da PI do “... controlo sobre o seu próprio projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar.” (Gomes, 2013, p. 103). Nesta fase, o enfermeiro garante que a PI está capacitada para assumir o controlo do seu projeto de vida, expressando serenidade e bem-estar, ou garante que a família está capacitada para assegurar o cuidado da PI.

2. PROBLEMÁTICA / JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Decorrente da minha prática profissional, como referi anteriormente, mais precisamente no primeiro ano em que realizei visitas domiciliares, fui confrontada com situações de suspeita de violência contra a PI que me inquietaram, e cujo modo de intervenção me era pouco familiar. A construção e posterior implementação de um projeto, no âmbito da unidade curricular Opção II, trouxe-me a oportunidade de trabalhar a temática da violência, procurando, deste modo, não só questionar a prática como introduzir mudanças que se traduzissem numa melhoria dos cuidados prestados.

Para as pessoas idosas as consequências da violência são bastante gravosas, pois necessitam de mais cuidados de saúde durante o processo de recuperação das sequelas físicas, sendo o mesmo mais lento, devido à sua fragilidade ou comorbilidades associadas (Krug et al., 2002; Faria, 2015). Por outro lado, sabe-se que uma exposição contínua de violência psicológica ao longo da vida conduz a um aumento de perda de autonomia, à dificuldade em participar em atividades sociais, e à incapacidade em criar intimidade com outras pessoas. E, ao contrário do que as pessoas pensam, a violência psicológica pode ser mais prejudicial do que a física, porque afeta estruturas internas (Brandl et al., 2007; Fraga et al., 2017).

Para além das consequências pessoais, também existem os custos diretos na despesa pública decorrentes da assistência necessária para tratar e reabilitar as vítimas; despesas sociais nomeadamente com os serviços comunitários para apoio domiciliário; custos legais, relacionados com o sistema de justiça criminal e com as despesas para compensar os bens perdidos (WHOROE, 2011; Dong, 2017).

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2016), no documento “Violência Interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde”, reconhece a complexidade do fenómeno da violência e recorda que, muitas vezes, este é marcado pelo silêncio das vítimas e pautado pela ausência de sinais evidentes. Salienta ainda o papel privilegiado que os serviços de saúde desempenham na identificação, avaliação e prevenção da violência, dada a relação de confiança e proximidade que detêm com as pessoas, sendo frequentemente o primeiro contato das PI vítimas de violência com o sistema de saúde.

Habitualmente a incumbência de controlar os níveis da violência era vista como uma responsabilidade do âmbito da segurança pública e da justiça (Coler, Lopes, Moreira, 2008, citando D'Oliveira e Schraiber, 1999). No entanto, tendo em conta a complexidade do fenómeno e a importância de se trabalhar a prevenção, esse con-

trolo passou a ser visto como uma responsabilidade de diversos sectores, nomeadamente da saúde.

A prática diária dos enfermeiros, sobretudo dos CSP, bem como das AAD das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), permite entrar na intimidade do lar e desenvolver uma relação de confiança que lhes possibilita obter informações necessárias para reconhecer os sinais de alerta e são, por vezes, as únicas pessoas, fora da família, que mantêm um contacto contínuo com a PI. São, portanto, as únicas que podem intervir antes que as consequências surjam. Verifica-se, contudo, que o grupo profissional das AAD, apesar de desempenhar um papel fundamental no sistema de cuidados formais à PI no domicílio (Sousa, 2011), tem, muitas vezes, falta de formação específica, que o habilita, muitas vezes, a prestar um cuidado adequado à PI (Militar, 2012).

Vários autores indicam como um dos obstáculos ao diagnóstico e notificação da violência, por parte dos profissionais de saúde, a escassez ou ausência de treino no reconhecimento das situações de violência, por parte dos mesmos (APAV, 2010; Caceres & Fulmer, 2016 citando Daly & Coffey, 2010, Thomson, Beavan, Lisk, McCracken, & Myint, 2010, Wagenaar, Rosenbaum, Page, & Herman, 2010).

Tendo por base a metodologia de projeto, que exporei no próximo capítulo, e que aponta como primeira etapa o **diagnóstico da situação**, ainda na fase de elaboração do projeto foram aplicados questionários aos dez enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade. Da análise dos mesmos emergiram as seguintes dificuldades na notificação das situações de violência: dos enfermeiros desta unidade, 50% concordam e 10% concordam fortemente, que é difícil notificar porque os profissionais “*Não se querem envolver em questões legais*”; 30% concordam e 30% concordam fortemente que a ausência de protocolos de identificação, avaliação e intervenção dificulta o reporte das situações de violência (Apêndice I). As baixas taxas de notificação, de acordo com Caceres & Fulmer (2016), são fruto não só do “*edadismo*” como da ausência de treino na avaliação e na deteção dos diferentes tipos de violência. E os resultados dos questionários comprovam que 70% dos enfermeiros inquiridos referiram não ter tido formação na área da violência à PI; 100% considerou ser pertinente e 90% manifestou vontade de adquirir formação nesta área; como tema mais pertinente identificaram “protocolo de atuação”. O que vai ao encontro do que a literatura refere: os profissionais de saúde têm consciência que possuem pouca formação para avaliar e decidir como atuar nas situações de violência (Duffin, 2007, Phelan, 2008; Baker et al., 2016).

Caceres & Fulmer (2016) acrescentam que a formação sobre a avaliação e a detecção de risco de violência deveria ser uma preocupação em todas unidades que prestam cuidados geriátricos, sobretudo nas que prestam cuidados nos domicílios. Independentemente do tipo de violência de que se é alvo, quem é vítima recorre com maior frequência aos serviços de saúde comparativamente a quem não o é, em particular aos CSP, serviços de urgência, ginecologia e obstetrícia e saúde mental (DGS, 2016).

Realizar por rotina o rastreio da violência contra a PI, que permite que o profissional vá desenvolvendo competências na abordagem do tema, constitui um passo crucial, pois facilita a identificação e prevenção da violência (DGS, 2016), e contribui para que haja um registo de dados úteis para uso na investigação e para as avaliações dos programas de intervenção (Williams, Davis, & Acierno, 2017). Todavia, conforme referi no capítulo anterior, deve ser assegurado que, ao se efetuar o rastreio, se dispõe dos meios necessários para ir ao encontro das necessidades identificadas, tendo presente o princípio da beneficência e da não maleficência (Bernal & Gutiérrez, 2005; Perel-Levin, 2008).

Atendendo às graves consequências para a estabilidade do sistema da PI, a violência é um problema de enfermagem, que deve ser pesquisada pelos enfermeiros junto das pessoas (Price, 2013; DGS, 2016), nomeadamente junto das PI. Na linha do Estatuto da OE (Lei n.º 156/2015, artigo 109.ª, alínea c), incumbe a cada profissional de enfermagem a responsabilidade de identificar e procurar satisfazer as suas necessidades formativas nesta área, e isto de forma a suportar uma intervenção eficaz nos diferentes *stressores*, nos vários níveis de atuação, tendo como objetivo a estabilidade dos sistemas dos clientes (Freese, 2004).

O diagnóstico da situação efetuado realça a pertinência de se intervir na formação dos profissionais sobre a temática da violência contra a PI, bem como a necessidade de adaptar os modelos de deteção/intervenção, propostos pela DGS (2016), para a intervenção na PI, suspeita ou vítima de violência. Daí a justificação da existência deste projeto.

3. METODOLOGIA

A metodologia adotada foi a Metodologia de Projeto, uma vez que ela possibilita a aquisição de novas capacidades e competências pessoais tendo como principal objetivo a resolução de problemas identificados num contexto real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Ao longo deste percurso houve ainda a necessidade de realizar, de forma transversal, uma pesquisa bibliográfica que fundamentasse uma prática baseada na evidência científica e que culminou com a revisão *scoping*.

3.1. A Metodologia de Projeto

Este tipo de metodologia, que “permite criar uma nova relação entre a prática e a teoria, entre os saberes escolares e os saberes sociais” (Mateus, 2011, p. 3), é composto por diferentes etapas interrelacionadas entre si: **Diagnóstico** da situação; **Planificação** das atividades, meios e estratégias; **Execução** das atividades planeadas; **Avaliação**; e **Divulgação** dos resultados obtidos (Ruivo et al., 2010).

A primeira etapa, a de **diagnóstico da situação**, que diz respeito à descrição da realidade existente, identificando o problema sobre a qual se pretende intervir, foi já descrita no capítulo anterior.

Na etapa de **planeamento**, partindo dos problemas identificados na etapa de diagnóstico, defini os objetivos com diferentes níveis, gerais e específicos, procurando que estes fossem precisos, percutíveis, exequíveis e mensuráveis. Definindo posteriormente as estratégias e os meios necessários para alcançar os respetivos objetivos, tendo em consideração os recursos existentes (Apêndice III), foram selecionados os serviços mais adequados para a realização dos estágios, atendendo ao carácter formativo de cada um deles. Segundo Canário (2007) o nosso percurso formativo ao longo da vida resulta do somatório de diversas aprendizagens formais e informais, mas são estas últimas que constituem a maioria das nossas aprendizagens, designado por currículo oculto. O meio tem um potencial formativo e de aprendizagem, designada por ecoformação (Galvani, 2011), que, a par com a autoformação e com a heteroformação, contribuem para a formação no seu todo. Tendo em conta estas premissas selecionei a ECCI/ECSCP para contexto onde iria desenvolver o projeto. A prática neste local iria permitir entrar no espaço familiar onde grande parte das PI se encontra e onde, por vezes, a violência doméstica é vivida. O SUG foi selecionado como local de estágio por ser a principal porta de entrada dos serviços de

saúde, nas situações de violência contra as PI (Fulmer, Paveza, Abraham & Fairchild, 2000). Posteriormente foi elaborado um cronograma de forma a calendarizar as atividades definidas (Apêndice III). Todas estas fases foram realizadas no segundo semestre do curso, através da elaboração do projeto.

A etapa de **execução** teve início com o estágio e com a concretização das atividades planejadas. Leite, Malpique & Santos (1989) referem que esta metodologia permite um processo dinâmico e flexível, possibilitando adaptações e reorientações ao longo da intervenção. E foi isso que de certa forma aconteceu. Na fase da concretização do projeto houve necessidade de reformular algumas estratégias, de forma a contornar as dificuldades que iam surgindo, nomeadamente a ausência de autorização para aplicar o instrumento de avaliação proposto.

Na etapa de **avaliação** houve necessidade de comparar os resultados que foram inicialmente definidos com os que foram concretizados. Na realidade, este processo de avaliação do projeto foi transversal ao longo do percurso, implicando a análise e reflexão crítica do trabalho desenvolvido, confrontando continuamente os objetivos inicialmente definidos com os resultados atingidos. Como apontado por Mateus (2011), as avaliações são momentos importantes de questionamento face ao trabalho desenvolvido. Ao longo do estágio foram realizadas várias avaliações intercalares através de momentos de discussão e de partilha, realizada de forma individual, quer com a professora orientadora quer com a enfermeira orientadora do estágio, e com os diferentes elementos da equipa. Outras avaliações ocorreram durante as formações com a equipa interdisciplinar. As reuniões de orientação tutorial com a professora orientadora foram fulcrais, porque permitiram aprofundar a reflexão sobre as estratégias desenvolvidas, ajudaram a reequacionar novas abordagens e contribuíram para a gestão do ânimo, sobretudo nos momentos adversos.

Na etapa de **divulgação dos resultados** pretende-se dar a conhecer a pertinência do projeto e descrever o percurso efetuado na resolução dos problemas identificados. O relatório final, que foi elaborado ao longo de todo este percurso, a discussão pública, a participação em congressos com *posters* e apresentação oral, tiveram, têm e terão especial relevância nesta fase, por serem veículos importantes na transmissão e divulgação dos resultados.

3.2. Pesquisa bibliográfica e revisão *scoping*

Face à relevância de fundamentar a prática com a evidência disponível, foi realizada a pesquisa bibliográfica, uma atividade transversal a todo o período desta unidade curricular, tendo a mesma sido iniciada na unidade curricular Opção II, na fase de concepção do projeto e prolongando-se até à fase de elaboração do presente relatório.

Esta pesquisa, que teve como finalidade contextualizar e integrar-me nas diferentes temáticas que foram desenvolvidas, foi também crucial para fundamentar as intervenções realizadas na prestação de cuidados diretos à PI e família (prática baseada na evidência científica), bem como as aprendizagens e competências do enfermeiro especialista e mestre, que estão descritas no presente relatório. A prática baseada na evidência, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) citado por Chicória (2013, p. 37), consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar”.

A pesquisa bibliográfica culminou com a realização de uma revisão *scoping*, de acordo com as etapas definidas pelo Instituto Joanna Briggs. Apesar de ter como limite temporal os últimos 10 anos, foram, no entanto, integrados neste relatório alguns trabalhos mais antigos face à sua relevância na área.

Defini como questão de partida: **Quais as intervenções do enfermeiro no domicílio, ao nível da prevenção da violência doméstica?** A condução da pesquisa inicial foi desenvolvida em inglês, partindo dos seguintes descritores: “*elder*”, “*aged*”, “*ancient*”, combinados por **or** para a população; “*violence*”, “*abuse*”, “*negligence*”, “*mistreatment*”, “*domestic violence*” combinados por **or**, a que se associou **and** “*prevention*”, “*intervention*”, “*response*”, “*guidelines*”, “*protocols*”, “*consensus*”, “*recommendation*”, combinados por **or**, a que se associou “*nursing*” **or** “*nurse*”, a fim de chegarmos ao conceito. Por fim, para o contexto incluí as palavras “*home*”, “*housing*”, “*primary health care*”, “*home care*”. Os três componentes da questão de partida foram combinados com **and**, restringindo as pesquisas. Posteriormente foram sujeitos aos filtros *Full Text* e aos limites temporais. O processo de elaboração da revisão *scoping* encontra-se descrito no apêndice IV.

Embora esta tipologia de revisão não permita fazer recomendações para a prática a partir dos resultados, uma vez que a avaliação da qualidade metodológica não faz parte desta revisão da literatura (*The Joanna Briggs Institute*, 2015), ela

contribuiu para alargar os saberes na área da violência contra a PI, permitiu suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento e serviu de suporte ao enquadramento teórico deste relatório.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ancorada no diagnóstico realizado, descrito no capítulo 2, tracei dois objetivos gerais que orientaram as atividades implementadas: 1) Desenvolver competências de mestre e enfermeira especialista em enfermagem Médico-cirúrgica no cuidar da pessoa idosa e sua família, em diferentes contextos; e 2) Contribuir para o desenvolvimento das competências das equipas de enfermagem e das ajudantes de ação direta para a prevenção da violência das pessoas idosas no domicílio.

Neste capítulo pretendo descrever e fundamentar as atividades executadas, programadas de modo a atingir os objetivos específicos estabelecidos (Apêndice III), analisando os resultados alcançados de forma a demonstrar a aquisição das competências enquanto especialista e mestre. As atividades executadas tiveram em conta a análise das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (análise SWOT), realizada na fase de planeamento do projeto (Apêndice II). No início de cada campo de estágio, foram aferidos os objetivos específicos de estágio com os enfermeiros orientadores e enfermeiros-chefe / coordenadores.

A implementação das atividades teve início com o estágio nos CSP, que decorreu de 25 de Setembro a 12 Janeiro de 2018, numa ECCI/ECSCP do distrito de Lisboa, que faz parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e tem por objetivo prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Posteriormente fiz estágio num Serviço de Urgência Geral (SUG) de um hospital da região de Lisboa, de 15 de Janeiro a 9 de Fevereiro de 2018.

4.1. Desenvolvimento de competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidar da pessoa idosa e sua família, em diferentes contextos

Partindo do primeiro objetivo geral, estabeleci objetivos específicos a partir dos quais foram programadas atividades para os atingir, que irei abordar de seguida.

4.1.1. Análise da prática de cuidados do enfermeiro especialista à pessoa idosa e família

Ao longo do período do estágio foi realizada a **observação participante**, através da prestação direta de cuidados, acompanhada pelos respectivos enfermeiros dos serviços, tanto na ECCI/ECSCP como no SUG. Pretendi assim conhecer o modo como estes interagem com a PI e sua família, particularmente nas situações complexas; como avaliavam a sua multidimensionalidade; como contribuíam para a prevenção da violência contra a PI; e como intervinham em situações de suspeita de violência.

Na **ECCI/ECSCP** a realização desta observação participante nas visitas domiciliárias, foi precedida de uma preparação prévia, por parte do enfermeiro gestor de caso, apresentando-me enquanto enfermeira a frequentar a especialidade e posterior pedido de autorização verbal para poder estar presente na visita domiciliária. O gestor de caso é definido por Cary (1999) como o profissional que, pelo conhecimento e competência, está em melhores condições de avaliar as principais necessidades da pessoa, de planear, implementar as principais respostas específicas de que a pessoa com doença crónica necessita naquele momento, articulando com outros profissionais, sempre que necessário. Pela relação privilegiada que habitualmente detém, este papel é geralmente desempenhado pelo enfermeiro.

Com o intuito de melhor analisar a prática de cuidados do enfermeiro especialista à PI e família houve necessidade de sistematizar a observação participativa, contribuindo para uma prática reflexiva. Como aponta Santos & Fernandes (2004, p. 59) a prática reflexiva é um importante meio de capacitação para enfermeiros e estudantes, e pode ser definida como “a ciência da acção que envolve a reflexão na acção, a reflexão sobre a acção”. Trata-se de uma reflexão estruturada, com etapas bem definidas sendo as três principais: a descrição, a reflexão e a síntese/avaliação. Para sistematizar a observação, que foi transversal a todo o período de estágio, construí uma grelha com base no Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013) através do qual procurei analisar e refletir sobre as observações realizadas nos dois campos de estágio, com base no referido modelo (Apêndice XIV). Esta observação permitiu-me refletir sobre o contributo específico do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, na área de intervenção da PI, nomeadamente em situações complexas de cuidados. Por outro lado, permitiu criar uma relação de confiança entre os intervenientes, possibilitando que os enfermeiros especialistas revelassem “os bastidores das realidades”, que habitualmente seriam ocultados a estranhos (Paterson, Bottorff & Hewat, 2003, citados por Ferreira, Torrecilha & Machado, 2012, p. 3).

As visitas domiciliárias eram habitualmente realizadas por um só elemento de enfermagem e o processo de tomada de decisão, no geral, era muito solitário. Lockwood (2011) refere que a tomada de decisão é central no processo de enfermagem e implica um assumir de responsabilidade perante o outro. Foi pertinente analisar as estratégias que os enfermeiros utilizavam para que o processo de tomada de decisão fosse mais eficaz e menos solitário, validando, em situações de dúvida, com os outros membros da equipa através do telemóvel, ou presencialmente, sempre que tal fosse possível.

Esta atividade também permitiu verificar a importância que os enfermeiros davam aos cuidados antecipatórios, preparando a pessoa cuidada e os cuidadores para a progressão expectável da doença. Para Bowers (1987) os cuidados antecipatórios, que incluem comportamentos ou decisões baseados na antecipação às necessidades reais do doente, diferem dos cuidados preventivos, na medida em que estes últimos vão no sentido de evitar a doença, prevenirem ou retardar a deterioração física e mental.

Neste estágio realizei a análise dos registos, tendo para tal elaborado uma grelha com base no Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013), que permitiu sistematizar os achados (Apêndice XV). Apesar de ter sido realizada uma auditoria a todos os processos físicos, não foi possível, por limitação de tempo e de acesso aos processos, consultar as notas do SClínico de todos os utentes com 65 ou mais anos de idade acompanhados pela equipa. Optei, então, por analisar os registos dos utentes que acompanhei em visitas domiciliárias no período entre 20 de Outubro e 3 de Novembro. Os resultados da análise aos registos encontram-se refletidos no apêndice XVI. Constatei que estavam descritas intervenções, sobretudo de âmbito biomédico, encontrando registados alguns fatores de risco para a violência, como a dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, e a sobrecarga do cuidador. Existia, no entanto, ausência de referências a outros fatores de risco, como a dependência financeira do cuidador, a coabitação e o isolamento social. De uma forma geral, estavam documentadas as opiniões, crenças e valores da pessoa cuidada, demonstrando centralidade dos cuidados. Os registos dos planos de cuidados demonstravam a preocupação em promover a autonomia da pessoa idosa e do cuidador, através do estabelecimento de relações de parceria com os mesmos, havendo registos dos acordos negociados.

No **SUG**, dado o acesso facilitado aos resultados dos exames complementares de diagnóstico e laboratoriais por parte dos enfermeiros, a perceção das necessidades

médicas de cada doente é maior, existindo a preocupação em registar os últimos resultados dos exames complementares de diagnóstico nas notas de enfermagem (Apêndice XVII). Neste serviço a observação participativa foi mais complexa, por ser um contexto distante do que tem sido a minha experiência profissional, por possuir uma grande diversidade de postos de atendimento – Gestor de Balção, Sala de Observação, Posto de Estadia Curta, Sala dos Azuis e Verdes, Triage, Posto de observação Rápida (amarelos e laranjas) e Pequena Cirurgia –, agravado pelo facto de ter coincidido com o período da gripe e por isso com grande afluxo e rotatividade de doentes. Neste contexto encontrei uma equipa muito jovem, a prestar cuidados num local onde o modelo predominante é o biomédico, onde a rapidez e a agilidade técnica e o domínio do conhecimento médico são muito valorizados e, por isso, nem sempre ajustados àquilo que eram as necessidades das pessoas idosas. A literatura sugere a necessidade de se adaptar estes serviços (Crouch, 2012; Azeredo, 2014) instituindo medidas de diferenciação positiva para pessoas com necessidades diferentes (Costa et al., 2017). Tavares (2012) aponta ainda a necessidade urgente de dotar estes espaços de profissionais com competências clínicas adicionais do foro gerontogeriátrico. Embora haja muito para se fazer, pequenas mudanças estão a ocorrer nesta SUG, onde já se criou um espaço dotado de dois enfermeiros para prestar cuidados às pessoas que aguardam a observação médica na maca, e se reforçou o posto de curta estadia com mais um enfermeiro, cuja principal função é a articulação com as equipas médicas, com os diferentes serviços do hospital e com as famílias, procurando humanizar o ambiente com um cuidado mais centrado na pessoa.

No âmbito da violência foi possível acompanhar uma situação de negligência passiva, em que o cuidador também era idoso, sem rede de apoio familiar e sem capacidade de garantir os cuidados. Este diagnóstico de negligência foi possível ser documentado através do trabalho multidisciplinar, onde a avaliação realizada pelo enfermeiro teve um papel determinante na sua fundamentação. Foi contactada a técnica de serviço social que articulou com as IPSS da comunidade, tendo a PI aguardado na urgência que alguma instituição assegurasse a continuidade dos cuidados no domicílio.

A realização do estágio na SUG permitiu-me compreender as dificuldades sentidas pelos profissionais na comunicação e na articulação entre as diferentes instituições e áreas de cuidados, confirmando a premência e a pertinência na ampliação das pontes entre os mesmos. Embora os canais de comunicação em determinadas áreas, como os cuidados paliativos e a obstetrícia já estejam criados, é necessário

criar outros e melhorar os que existem. Messecar (2016) refere que a comunicação deficitária entre os prestadores de cuidados de diferentes contextos conduz ao aumento de resultados adversos e de readmissões hospitalares, nas PI frágeis.

4.1.2. Prestação de cuidados à pessoa idosa e família, nos diferentes contextos

Relativamente à prestação de cuidados procurei no meu agir seguir algumas linhas orientadoras, nomeadamente no que se refere às tomadas de decisões éticas, utilizando estratégias de resolução de problemas, desenvolvidas em parceria com a PI e o cuidador. Procurei basear o juízo no conhecimento e na experiência adquirida, nos princípios e valores da PI, e nas normas deontológicas. Assegurei a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional e procurei promover o respeito pelo direito da PI à informação. Sendo a tomada de decisão um exercício de autonomia do próprio, foi minha preocupação ao longo do estágio promover esse direito. Como evidenciei no estudo de caso (Apêndice XXIII), a Sra. E pôde escolher o que era melhor para ela, sendo assegurado que o cuidado era mantido, apesar do confronto de diferentes valores. Importa salientar que deontologicamente o enfermeiro encontra-se obrigado ao “dever de cuidado” (Fernandes, 2010, p. 212). Este dever opõe-se ao abandono da pessoa, mesmo em condições adversas de prestação de cuidados, obrigando o enfermeiro a encontrar sempre um cuidado adaptado à exigência ética do momento (Fernandes, 2010). Outro aspeto importante na minha prática incluiu o cuidado em antecipar as necessidades, prevenindo, identificando e intervindo sobre os riscos, capacitando as pessoas para autogerirem alterações previsíveis.

Em concreto, na **ECCI/ECSCP** tive oportunidade de realizar a avaliação multidimensional e de prestar cuidados à PI e família em diferentes situações: suspeita de violência; doença terminal; fase do luto; PI diabéticas sem adesão à terapêutica; e PI com síndrome demencial. Participei em conferências familiares², em reuniões de equipa e em reuniões com diversos elementos da comunidade (representantes da segurança social, diretoras técnicas de IPSS, agentes da Polícia de Segurança Pública, membros da APAV, elementos da Junta de Freguesia e da Câmara Municipal). As reuniões, realizadas semanalmente, constituíram momentos de avaliação dos cuidados prestados, permitindo em equipa interdisciplinar redefinir as estratégias de intervenção, sobretudo nos casos considerados problemáticos. Possibilitaram ainda

² Conferência familiar é uma forma estruturada de intervenção familiar que permite ao doente e familiares e equipa de saúde, em conjunto, elaborar e hierarquizar problemas, discutir diferentes opções de resolução das situações e estabelecer consensos, decisões e planos (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010)

um espaço de partilha de sentimentos e dificuldades, para além de permitirem a passagem de informação pertinente a toda a equipa.

Ao longo deste percurso, fui sendo acompanhada pelos diferentes elementos da equipa, muitos deles peritos em áreas muito específicas (pé diabético, luto e ostomias), o que constituiu uma mais-valia. As experiências decorrentes das visitas domiciliárias foram ainda mais enriquecedoras, pelo facto de ter sido possível discutir as situações com os colegas, entre cada visita que realizava. Zabala & Arnau (2010) referem que para que a aprendizagem seja significativa e relevante, é necessário que esse novo conteúdo seja significativo para o aluno e essa condição cumpre-se quando esse conteúdo é apresentado a partir da sua funcionalidade. E isso aconteceu numerosas vezes. Por outro lado, esta análise e discussão da nossa intervenção, próxima do acontecimento, tiveram especial relevância para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional.

No contexto da **SUG**, tendo em conta que a PI pode permanecer muitas horas no serviço de urgência, e que essas horas podem ser fatais (Nolan, 2009), o meu papel passou por detetar e prevenir as grandes síndromes geriátricas. O instrumento SPICES (acrónimo de *Sleep disorders, Problems with eating or feeding, Incontinence, Confusion, Evidence of falls, Skin breakdown*) de Fulmer (2007) orientou-me para as condições mais comuns na PI hospitalizada, que requerem a intervenção de enfermagem e são elas: perturbações do sono; problemas relacionados com a alimentação; incontinência; confusão; quedas; e úlceras de pressão (Fulmer, 2007).

Tomei consciência que a avaliação multidimensional da PI é essencial, porque suporta o plano de cuidados individual e permite programar a alta para o domicílio em segurança (Alonso et al., 2018), reduzindo as readmissões nos serviços de urgência e a institucionalização das PI com alto risco (Graf, Zekry, Giannelli, Michel & Chevallley, 2010). Face à dinâmica de rapidez exigida neste contexto, questionei-me sobre a possibilidade de haver tempo e espaço para se realizar a avaliação multidimensional. O resultado desta reflexão encontra-se no apêndice XXV. Constatei que a avaliação multidimensional, por ser consumidora de tempo, deveria ser antecedida de um rastreio, aplicando por exemplo o *Identification of Seniors At Risk* (ISAR), o que permitiria identificar o grupo de PI com maior risco de declínio funcional e de desenvolver outros efeitos adversos em saúde (Samaras et al., 2010). O ISAR é um instrumento breve, de fácil aplicação, validado para a população portuguesa por Tavares, Sá-Couto, Boltz & Capezuti (2017) com a designação de “Identificação da Pessoa Idosa de Risco – IPIR” (Tavares, 2012). Além destes, existem outros instrumentos disponíveis como o

Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie (SHERPA), ou o *Run-ciman, Rowland, Triage Risk Stratification Tool* (TRST) (Graf et al., 2010).

Na minha intervenção procurei ter um papel relevante na comunicação com as PI e os seus cuidadores, no assegurar um ambiente com menos *stressores* e mais seguro, e na continuidade dos cuidados através da articulação com os CSP. A adoção do Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013) ajudou-me a operacionalizar o processo de cuidados centrado na PI e na família, através dos atributos inerentes a cada uma das suas fases e dos pressupostos necessários para a construção da relação de parceria.

Decorrente da atividade assistencial, efetuei **registos de enfermagem**. Considerados como um meio privilegiado de comunicação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, que demonstram a individualidade dos cuidados e permitem a continuidade dos mesmos, estes registos possuem, simultaneamente, um valor legal e também possibilitam a avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Potter & Perry, 2006 citados por Silvestre, 2012; Akhu-Zaheya, Al-Maaitah & Hani, 2017). Procurei que os meus registos fossem reflexo das intervenções e das tomadas de decisão, fundamentadas na autonomia e na responsabilidade profissional, contribuindo para a credibilidade da enfermagem enquanto disciplina científica.

4.2. Desenvolvimento de competências das equipas de enfermagem e sensibilização das ajudantes ação direta para a prevenção da violência doméstica contra as pessoas idosas no domicílio

Partindo deste segundo objetivo geral estabeleci objetivos específicos, a partir dos quais foram programadas as atividades que me permitissem alcançar os objetivos traçados.

No início do estágio na ECCL/ECSCP foi apresentado o projeto à equipa interdisciplinar (Apêndice V). Estiveram presentes 7 enfermeiros, 1 técnica de serviço social, 1 médica, correspondendo a uma adesão de 69% (9 em 13 profissionais que habitualmente estão presentes nas reuniões de equipa). Este facto teve grande importância na implementação do projeto, pois permitiu o alargar a discussão a outros grupos profissionais. Da apresentação constaram os seguintes pontos: justificação do tema; evidências científicas sobre a violência contra a PI; divulgação dos resultados dos questionários que estiveram na base do diagnóstico da situação; finalidade e objetivos do projeto, tendo sido dada ênfase à necessidade de avaliar o risco de violência contra a PI. Por último, foi apresentada a proposta de cronograma com a descrição das atividades.

No final da apresentação houve a preocupação em validar se o conteúdo do projeto ia ao encontro das necessidades da equipa, abrindo espaço para sugestões. Esta atividade contribuiu para o envolvimento de grande parte dos elementos da equipa no projeto. A médica presente manifestou as suas dúvidas relativamente à necessidade de avaliação do risco, dado que na prática existiam dificuldades na atuação, com ausência de respostas, quer ao nível de protocolos quer ao nível de estruturas de apoio, que permitissem uma ação eficaz que suportasse as decisões, criando frustração nos profissionais. Uma questão já referida por Perel-Levin (2008, p. 8), que afirma que “os profissionais podem sentir que a sua intervenção é prejudicada por falta de políticas claras e de uma interação interinstitucional eficaz”. Após alguma discussão, comprometi-me com a equipa, no sentido de não me focar somente na avaliação, mas também trabalhar os aspetos relacionados com a intervenção. Foi reforçada a importância de conhecer o que já se fazia na comunidade, sendo essencial fazer um levantamento dos recursos existentes e elaborar um documento, em conjunto com a equipa, que facilitasse o processo de tomada de decisão em situações de suspeita de violência contra a PI.

A reunião possibilitou também identificar os elementos para quem esta problemática seria relevante e que poderiam constituir-se aliados para o desenvolvimento do projeto. A enfermeira orientadora, enquanto elemento da EPVA, e a técnica de serviço social da equipa tiveram um papel crucial para a concretização do mesmo.

4.2.1. Aprendizagens na área da violência à pessoa idosa: da formação com peritos ao estudo de caso

Face à necessidade de aprofundar os conhecimentos numa área tão complexa houve a necessidade de, paralelamente à pesquisa bibliográfica, participar em conferências e congressos. Durante o período de estágio tive oportunidade de participar na ação de formação “Avaliação de Risco em Violência Doméstica” no dia 23/10/2017, organizada pela Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna (Anexo I), que teve como destinatários diversos profissionais. Esta formação foi extremamente enriquecedora, uma vez que me deu a oportunidade de conhecer o instrumento de avaliação do “Risco de Violência Doméstica” (RVD), utilizado pelas forças de segurança (PSP e GNR) e permitiu a discussão dos casos dentro de pequenos grupos e posteriormente no grupo alargado. Foi chocante perceber que a imagem que as instituições de apoio à vítima têm do setor da saúde é a de nada fazerem para denunciar as situações de violência de que têm conhecimento.

Estive também presente no seminário sobre “Violência em pessoas com especial vulnerabilidade”, organizado pela ESEL, a 30/05/2017 (Anexo II).

Para complementar a compreensão sobre o fenómeno da violência contra a PI, uma das ferramentas de autoaprendizagem a que recorri foi o estudo de caso (Apêndice XXIII). Benner (2001, p. 56) refere que “as enfermeiras proficientes aprendem melhor quando se utilizam estudos de casos que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação”. Naumes & Naumes (2002) referem que esta estratégia de formação permite demonstrar as ligações entre teoria e ocorrências reais, apoiando os processos de tomada de decisão num determinado contexto. E, de facto, esta atividade permitiu-me analisar a temática da violência explorando o contexto de vida da Sra. E, através da aplicação do Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013) e da avaliação multidimensional. Tomei consciência da importância da monitorização do nível de dependência da PI, como suporte do processo de tomada de decisão. Foi minha preocupação transmitir, através da apresentação do estudo de caso, essa necessidade também aos colegas, salientando que desta forma também fomentamos a autonomia dos enfermeiros, cujo papel nas ECCI/ECSCP está ainda mais em relevo, uma vez que este é geralmente o gestor de caso.

As aprendizagens adquiridas com estas atividades contribuíram para uma consolidação dos meus conhecimentos sobre a temática, crucial para potencializar o desenvolvimento de competências dos outros profissionais (enfermeiros e AAD).

4.2.2. Identificação dos recursos da comunidade e o trabalho em rede

A DGS (2016, p. 141) realça que “o trabalho em rede na resposta às vítimas assume um carácter essencial, contribuindo para a eficácia das intervenções, rentabilização de recursos e prevenção da revitimização”. Também a alínea c) do artigo 101º do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015) salienta a importância de “colaborar com outros profissionais em programas que correspondam às necessidades da comunidade”. Face à importância deste trabalho em rede, procurei identificar e envolver as estruturas da comunidade, que pudessem contribuir não só para a identificação mas também para a resolução das situações de violência, nomeadamente as IPSS que prestam apoio domiciliário à população com mais de 65 anos e que trabalham em articulação com a ECCI/ECSCP. Este trabalho em parceria com as oito instituições identificadas tem sido frequente, através da transmissão de informação sobre os utentes quando as equipas se cruzam na rua e através do projeto “Formar para Cuidar” cujo objetivo é promover o desenvolvimento de competências

inerentes às funções das AAD, possuindo um plano de formação próprio, elaborado de acordo com as necessidades identificadas.

O Código Deontológico do Enfermeiro, na alínea a) do artigo 101.º recorda o dever do enfermeiro para com a comunidade, sendo responsável pela promoção da saúde e pela resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assumindo assim o dever de “conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido” (Lei n.º 156/2015). Assim sendo, defini como objetivo geral das reuniões com as diretoras técnicas das IPSS: conhecer a realidade de cada uma das instituições. Mais especificamente pretendi: conhecer as valências funcionais dos serviços; perceber como identificavam as situações de suspeita de violência contra a PI e como atuavam; saber que formações proporcionavam; quais as necessidades formativas nesta área; de que forma se articulavam com outras instituições; e, de uma forma geral, quais eram as principais dificuldades percecionadas pelas diretoras técnicas destas instituições, quando confrontadas com situações de suspeita de violência contra a PI.

O encontro pessoal com cada responsável técnico, contactados previamente através de correio eletrónico (Apêndice VII), foi uma oportunidade para divulgar o projeto que estava a ser desenvolvido. As reuniões permitiram conhecer mais de perto a realidade das instituições, compreender as dificuldades que têm ao lidar com as situações de suspeita de violência, as potencialidades que têm para oferecer. Contribuíram também para traçar um diagnóstico das necessidades formativas das AAD. A este respeito a DGS (2016) preconiza uma abordagem interdisciplinar que rompa com o isolamento dos profissionais e dos serviços, fortificando a inter-relação, a reciprocidade, coordenação e reconhecimento da diversidade, que constituem metodologias indispensáveis para a adequada intervenção preventiva no domínio da violência interpessoal. “Muitas situações requerem intervenções interdisciplinares com profissionais fora do setor da saúde, pelo que é necessária a coordenação entre todas as instituições implicadas na resposta integral e integrada” (DGS, 2016, p. 124). Reflexões sobre estas reuniões encontram-se no apêndice VIII.

Reconhecendo que a violência é um fenómeno complexo e que exige um esforço coordenado dos diferentes parceiros, senti necessidade de conhecer melhor o trabalho desenvolvido por outras estruturas da comunidade que trabalham esta temática. Para tal, agendei uma reunião com os agentes de duas esquadras da PSP, responsáveis pela sinalização das PI em risco, que habitualmente se articulam com a referida equipa (Apêndice X). Estas reuniões permitiram conhecer melhor a forma de operar

destas estruturas e compreender as limitações/dificuldades que têm no terreno. A DGS (2016) reconhece que é essencial que os profissionais de saúde “atuem não só a nível da deteção de situações como na construção de redes de suporte comunitárias para intervenção neste domínio que contribuam de forma efetiva para o delineamento de respostas eficazes e que previnam a (re)vitimização” (DGS, 2016, p. 78).

Nestas reuniões com a PSP constatei que esta força de segurança tem agentes com formação na área da violência doméstica, que realizam um policiamento de proximidade, onde são identificadas e sinalizadas as PI em risco, muitas vezes a pedido da segurança social. Numa das esquadras, o agente referiu que em 2016 tinham sido sinalizados 40 PI, sendo que em Outubro de 2017 já estavam sinalizados 44 PI. No que diz respeito às questões da área da saúde, uma das equipas da PSP referiu articular-se com a USP do ACES, enquanto a outra referiu articular-se habitualmente com a técnica de serviço social da ECCI/ECSCP.

Partindo ainda da necessidade de conhecer melhor os recursos da comunidade participei na reunião mensal dos elementos do Atendimento Integrado da Segurança Social, onde a técnica de serviço social da ECCI/ECSCP participava como entidade consultora externa da área da saúde. Na reunião estiveram presentes: as diretoras técnicas de algumas IPSS, a representante da APAV, da Junta de Freguesia de X, da Câmara Municipal de X, da PSP de X e Y, e da Segurança Social. Nessa reunião foram expostos e discutidos casos sociais, trazidos por cada um dos parceiros e, em conjunto, foram discutidas propostas de intervenção. Curiosamente, alguns dos casos discutidos envolviam situações de negligência e muitas destas envolviam PI. Como na reunião foram discutidas situações do âmbito da violência que nunca chegaram a ser sinalizadas pela EPVA, propus à técnica de serviço social da ECCI/ECSCP que sinalizasse à referida equipa todas as situações que pudessem envolver violência contra a Pessoa Adulta. Esta sinalização permitiria dar maior visibilidade à problemática. Percebi que, apesar da maioria dos casos envolver pedidos de apoio económico, são muitas as situações de violência que são trabalhadas de forma preventiva nestas reuniões, através da articulação entre os diferentes parceiros. Estas atividades contribuíram para aprofundar o meu conhecimento relativamente aos recursos da comunidade existentes, bem como a forma como os diferentes agentes da comunidade se articulam e conjugam esforços na resolução dos problemas trazidos por cada setor. Sendo a violência um fenómeno cuja complexidade envolve diferentes níveis de intervenção, este tipo de reunião é essencial, porque implica a presença física (tempo de encon-

tro), diálogo e reflexão dos vários agentes da sociedade, onde se procura trabalhar em complementaridade, sem que ninguém esqueça o seu campo específico de ação.

Procurando refletir sobre a atuação do enfermeiro nos diferentes níveis de atuação, elaborei uma reflexão sobre os níveis de prevenção da violência contra a pessoa idosa e suas implicações para a enfermagem (Apêndice XIX). A partir desta reflexão tomei consciência de que a dimensão preventiva envolve toda a estrutura social de forma transversal: profissionais de diferentes instituições, familiares, organizações de saúde, serviços sociais, judiciais, financeiros, bem como as próprias PI. Em cenários com baixos recursos, são as estratégias intersectoriais e interinstitucionais que são apontadas como sendo as mais eficazes, permitindo potencializar os esforços, reduzindo a fragmentação das respostas (Bernal & Gutiérrez, 2005).

4.2.3. Intervenção na violência à pessoa idosa: da literatura à realidade

O confronto entre o que referia a literatura e a realidade observada nos contextos conduziu à necessidade de clarificar algumas questões em termos de procedimentos. Neste sentido solicitei uma reunião com a Sra. Enf.^a Luísa Horta e Costa, enquanto interlocutora da Interlocutora da ARSLVT para a ASGVCV (Apêndice XI), cujo conteúdo se encontra refletido no apêndice XII. Desta reunião salienta-se a tónica que foi dada ao papel preventivo do enfermeiro e à segurança da Pessoa. A Sra. Enfermeira referiu que nem sempre a primeira prioridade deve ser denúncia, sobretudo sem uma avaliação prévia do risco. A verdadeira questão passava pelo trabalhar a avaliação do risco e dos fatores protetores. Esse deveria ser o cerne da intervenção do enfermeiro: esgotar as estratégias de intervenção para que a pessoa idosa não chegasse a tornar-se vítima. Salientou ainda a vantagem da denúncia ser realizada pela equipa multidisciplinar, com partilha das responsabilidades na avaliação, o que vai ao encontro do que está recomendado pela literatura (APAV, 2010; Phelan, 2010; Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2013, Caceres & Fulmer, 2016).

Solicitei também um pedido de esclarecimento ao Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, relativamente à divulgação de informação em caso de suspeita de violência doméstica (Apêndice IX). Concretamente, pretendia saber qual a atuação mais correta, sob o ponto de vista deontológico e legal, nas situações em que existe necessidade de efetuar uma denúncia, por suspeita de violência contra a PI. Como pode o enfermeiro proteger a PI, sem se colocar numa posição em que fica reféns da acusação de violação do segredo profissional. Se por um lado a lei obriga a efetuar a denúncia (alínea b do artigo 242.º do Código do Processo Penal), por

outro lado, o Código Deontológico dos Enfermeiros obriga a guardar segredo profissional sobre informações que se toma conhecimento no exercício da profissão (Lei n.º 156/2015, artigo 106.º). A revelação pode ser efetuada, mas só após autorização do Presidente do Conselho Jurisdicional (Regulamento n.º 338/2017, artigo 7.º, alínea 1). Numa conversa telefónica, o Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros recordou a importância do respeito pelo segredo profissional. Face ao meu pedido para que a resposta fosse por escrito, o mesmo acrescentou que, tendo em conta o elevado número de solicitações a aguardar parecer e atendendo ao facto de o pedido ser apenas do âmbito académico, não seria possível uma resposta por escrito. Face ao exposto questiono-me se o código penal não se sobrepõe às diretivas dos códigos deontológicos e se não seria necessário introduzir algumas alterações aos códigos deontológicos, de forma a proteger mais eficazmente os grupos vulneráveis. Face à necessidade de analisar de forma mais aprofundada estas questões realizei uma reflexão que se encontra exposta no apêndice XVIII.

4.2.4. Desenvolvimento das competências nas equipas de enfermagem para a avaliação de risco de violência contra a pessoa idosa

Para a prevenção eficaz da violência contra a PI é importante que o enfermeiro esteja sensibilizado para a identificação dos fatores de risco (Marshall et al., 2000 citado por Moreno, 2016). Nos últimos anos, o desenvolvimento de programas eficazes de prevenção têm sido baseados na compreensão dos fatores de risco para a violência. Autores como Pillemer et al. (2016) referem que, para uma diminuição dos fatores de risco é necessário um desenvolvimento de programas adequados que associem os diferentes fatores aos diferentes níveis de intervenção, tais como, individual (Vítima e Agressor), relacionamento, comunidade e social. A partir desta premissa considerei pertinente identificar os fatores de risco dos utentes com 65 ou mais anos, acompanhados pela equipa durante o período de 13 de Novembro a 08 de dezembro de 2017. Para tal, criei uma tabela de identificação de fatores de risco baseada na literatura, que foi preenchida a partir da análise dos registos dos processos clínicos e da posterior análise e discussão com o respetivo gestor de caso. Conclui que esta unidade prestava cuidados de saúde a uma percentagem elevada de PI (66% do total de utentes). Destes, 65,12% eram mulheres e 69,77% eram dependentes, dois importantes fatores de risco para a violência contra a PI, a que se adicionavam outros fatores como a coabitação (69,77%). Foi importante a reflexão resultante desta análise (Apêndice XXIV), porque despertou algumas questões em rela-

ção ao entendimento que se fazia de alguns conceitos como a “Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor”. A identificação dos fatores de risco permitiu refletir, em conjunto, sobre a necessidade de uma conduta preventiva, assumindo junto com os gestores de caso, a responsabilidade de gerir as situações potencialmente comprometedoras para as pessoas idosas.

O Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas define como estratégia a orientação técnica dos profissionais de saúde na “deteção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas” (Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, 2006, p. 20). A literatura identifica a deteção precoce de casos de violência como sendo uma importante medida de prevenção secundária (Bernal & Gutiérrez, 2005), reforçando o facto de os enfermeiros necessitarem de formação na área da violência contra a PI (Perel-Levin, 2008; WHOROE, 2011; Winterstein, 2012), uma vez que manifestam dificuldades na identificação e na intervenção (Duffin, 2007).

Neste sentido, e tendo por base os resultados dos questionários produzidos na fase do diagnóstico de situação, foi elaborado um programa de formação composto por duas sessões (Apêndices XX e XXI). Tendo em conta que a formação interdisciplinar melhora a prática das equipas (Perel-Levin, 2008; DGS, 2016), estas sessões não foram restritas à equipa de enfermagem, mas alargaram-se a toda a equipa interdisciplinar, uma necessidade manifestada na apresentação do projeto. O conteúdo das formações realizadas foi ajustado em função das necessidades expressas, não só pela enfermeira orientadora, como pelos diversos elementos da equipa, tendo tido um forte contributo dos elementos identificados inicialmente como aliados para a concretização do projeto. As sessões de formação tiveram uma boa adesão (mais de 50% em ambas), tendo sido intensamente participadas, o que exigiu da minha parte uma capacidade de liderança para poder moderar as intervenções e direcionar as formações de forma a alcançar os objetivos pretendidos. Na primeira sessão formativa, 11% dos elementos da equipa avaliaram globalmente como bom e 89% como muito bom. Na segunda sessão, 29% dos elementos avaliaram com bom e 71% com muito bom (Apêndices XXI e XXII). Em ambas as formações foi manifestada a necessidade das sessões durarem mais tempo, de modo a possibilitar uma discussão mais aprofundada da temática.

Tal como a DGS (2016) salienta, as reuniões e as formações em conjunto favorecem a permuta de saberes e experiências, possibilitam a construção de uma linguagem comum, de novos conhecimentos e de uma atuação concertada, fruto da abor-

dagem partilhada de situações complexas. Assim sendo, o alargamento a toda equipa interdisciplinar foi, sem dúvida, uma mais-valia, acabando por permitir o contributo específico de cada grupo profissional na discussão, o que possibilitou uma abordagem da problemática com uma visão interdisciplinar de acordo com as boas práticas (Pillemer et al., 2016; Caceres & Fulmer, 2016). Tendo em conta que “os conhecimentos prévios são o ponto de partida para as novas aprendizagens” (Zabala & Arnau, 2010, p. 95), procurei que os conteúdos das formações tivessem em conta as experiências dos próprios elementos, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências quer dos enfermeiros quer dos restantes elementos da equipa.

Estas atividades formativas permitiram-me atuar como facilitadora nos processos de aprendizagem.

4.2.5. Implementação da avaliação do risco de violência

A avaliação de risco, sendo um processo de recolha de informação acerca das situações de violência, incluindo características da vítima, do agressor e da dinâmica relacional entre estes, facilita o processo de tomada de decisão e permite elaborar um plano de intervenção, tendo como finalidade a prevenção do risco de reincidência de violência (Kropp, 2004, citado por DGS, 2016). A literatura salienta a necessidade de sustentar as intervenções com recurso a avaliações de risco. Este deve ser o primeiro passo de qualquer atuação permitindo que o profissional detenha a informação suficiente para compreender e substanciar a sua intervenção (Fernandes & Carvalhas, 2016; DGS, 2016).

Partindo desta necessidade foram pesquisados os diferentes instrumentos de avaliação de risco específicos para a PI. O *Elder Assessment Instrument* (Fulmer, 1984), sendo um dos vários instrumentos de avaliação do risco citados pela literatura, é o único traduzido e validado para a população portuguesa (Anexo III). Intitulado na versão portuguesa de “Índice de avaliação de maus-tratos e abuso a idosos” (Fernandes & Gonçalves, 2015), este instrumento não contempla, porém, a avaliação da violência psicológica e sexual (Paixão & Reichenheim, 2006). Para a aplicação deste instrumento na ECCI/ECSCP solicitei autorização a diferentes entidades: aos autores responsáveis pela tradução e validação; à coordenadora da UCC; aos responsáveis do ACES (Diretora de Enfermagem e Vogal do Conselho Clínico de Saúde; e Diretora executiva); e à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) (Apêndice VI). Apesar da resposta positiva dos autores da versão portuguesa (Anexo IV), bem como da responsável da UCC e da

Diretora de Enfermagem e Vogal do Conselho Clínico de Saúde do ACES (Anexo V), não foi, no entanto, possível a aplicação do referido instrumento, uma vez que a Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT levantou algumas dúvidas relativamente a questões éticas. Após a troca de várias mensagens de correio eletrónico (Apêndice XIII), essas dúvidas ficaram esclarecidas numa reunião com o Presidente da respetiva Comissão e a relatora do processo, realizada a 02/02/2018, já depois do término do estágio na ECCI/ECSCP. Apesar deste contratempo, penso que o percurso realizado foi uma oportunidade de aprendizagem única, por ter permitido refletir sobre as questões éticas expostas pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, e discutir e apresentar a minha posição relativamente às questões colocadas.

Não tendo sido possível a aplicação do *Elder Assessment Instrument* (EAI) na ECCI/ECSCP durante o período de estágio, optei por apenas utilizá-lo numa das formações aos enfermeiros, como exercício prático, no sentido de uma proposta para o futuro (Apêndice XX). Decorrente deste exercício, alguns elementos da equipa manifestaram dificuldades no seu preenchimento, pois não estava claro o entendimento que se fazia de alguns itens como “impacto”. Além disso, o facto de o EAI não ter um *score*, constituiu o principal motivo de crítica. Da minha parte, utilizei-o na prestação de cuidados, de forma meramente académica, como forma de exercício, incluindo o mesmo no estudo de caso (Apêndice XXIII).

Como resultado da pesquisa bibliográfica efetuada foi elaborado um dossiê sobre a violência contra a PI, onde consta a literatura que suporta a aplicação do EAI (Apêndice XXVIII). Este dossiê ficou na ECCI/ECSCP para consulta, de forma a permitir o acesso facilitado ao trabalho desenvolvido.

4.2.6. Sensibilização das ajudantes de ação direta para identificação e encaminhamento da pessoa idosa vítima de violência

Uma das necessidades identificadas pela equipa ECCI/ECSCP, decorrente da sua prática diária, foi a da sensibilização das AAD para a identificação das situações de risco de violência contra a PI, tendo sido solicitada a minha colaboração na fase do diagnóstico.

De forma identificar as necessidades, como referi anteriormente, solicitei reuniões com as diretoras técnicas das diferentes IPSS. Apesar de, na fase de diagnóstico do projeto, ter sido planeado um programa de formação que incluísse no mínimo duas formações, tal não foi viável para a maioria das instituições contactadas. Assim, foi negociada uma só sessão, com duas datas. Uma das instituições não con-

seguiu dispensar as funcionárias nos dias combinados tendo solicitado posteriormente a replicação numa nova data. Estas formações tiveram um número oscilante de presenças. No total participaram 56 profissionais, 7 na primeira sessão; 43 na segunda sessão; e 6 na terceira sessão. Foi com agrado que constatei que as diretoras técnicas da maioria das instituições participaram nas ações e intervieram durante o tempo de discussão.

Nestas sessões houve, da minha parte, a preocupação em valorizar o trabalho das AAD, salientando o papel essencial que desempenhavam. Foi reforçada a importância de comunicarem todas as situações de suspeita de violência às diretoras técnicas, cujo papel é articular com os diferentes intervenientes, nomeadamente com a saúde e com as forças de segurança, e de haver alguma discricção na forma como se geriam as situações, tendo em conta que, o revelar das situações poderia conduzir a pessoa a um acréscimo de insegurança. E uma vez que o foco era a prevenção, foi também salientada a relevância das pessoas idosas na nossa sociedade, da importância de promover a sua autonomia e de estimular a partilha das tarefas dentro dos agregados familiares, de valorizar a pessoa do cuidador, da forma como deveriam corrigir os familiares, e como através de pequenos gestos diários poderiam estar a contribuir para a prevenção da violência doméstica na PI (prevenção primária). Os resultados das avaliações das sessões de formação encontram-se no apêndice XXII.

4.2.7. Construção de um fluxograma de atuação em situações de suspeita de violência doméstica contra a pessoa idosa

Partindo do conhecimento adquirido através da revisão *scoping*, das reuniões com diferentes parceiros da comunidade (nomeadamente PSP e diretoras das IPSS) e dos momentos de discussão na equipa interdisciplinar da ECCI/ECSCP, foi construído um fluxograma de atuação em situações de suspeita de violência doméstica contra a pessoa idosa (Apêndice XXVI). Foi seu objetivo espelhar as diretivas gerais preconizadas pela DGS, após a realização das necessárias adaptações inerentes ao contexto comunitário ao qual se destinava, de acordo com o proposto pela DGS (2016), indo ao encontro das boas práticas internacionais relativamente à problemática da violência contra a PI (Perel-Levin, 2008; Phelan, 2010; Caceres & Fulmer, 2016).

A elaboração deste fluxograma foi, desde o início, identificada como uma necessidade desta equipa. Por um lado, porque não basta rastrear, é também necessário estar preparado para intervir quando se deteta um caso de suspeita de violência

(Perel-Levin, 2008), e, por outro, porque o fluxograma de atuação geral proposto pela DGS (2016) não estava adaptado à realidade da PI.

Seguindo o referencial técnico de violência interpessoal proposto pela DGS (2016), estabeleceram-se no fluxograma diferentes etapas: Rastreo; Detecção / Avaliação; Hipótese de diagnóstico; Registo; Atuação; Sinalização. Os registos foram considerados como fazendo parte de uma etapa transversal a todo o processo de intervenção, dado que estes poderão servir de meio de prova no caso de processo judicial.

Para a fase **RASTREAR**, tendo em conta o trabalho que já era realizado pela equipa, nomeadamente a avaliação inicial que realizavam aquando da primeira visita, promoveu-se a reflexão em conjunto sobre o modo como seria ou não exequível rastrear as situações de violência. Preconizou-se que no primeiro contacto os enfermeiros identificassem a presença de fatores de risco e/ou observassem a presença dos sinais e sintomas sugestivos de violência, e/ou sinais subjetivos de violência (Cohen, Levin, Gagin & Friedman, 2007; Cohen, 2013), e complementassem com algumas questões de abordagem geral (Gonçalves, 2006). A complementaridade das avaliações efetuadas permite rastrear de forma mais eficaz as situações de violência (Cohen et al., 2007).

Para a fase **DETETAR/AVALIAR**, partindo do que já estava instituído no serviço, pensou-se no que poderia ser acrescentado de forma a obter uma avaliação mais abrangente e pertinente, tendo em conta a complexidade do fenómeno da violência. Uma vez que a identificação dos sinais de alerta não traça por si **só** o diagnóstico de violência (DGS, 2016) mas obriga a indagar e a procurar mais informação, nesta fase recomenda-se uma avaliação mais aprofundada nas diferentes dimensões da pessoa: física, psicológica, social, espiritual (avaliação multidimensional), realizada através da observação física mais detalhada, entrevista (à PI e ao cuidador em separado) e da aplicação de vários instrumentos de avaliação entre os quais de avaliação de risco de violência. O Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013), que investe no conhecimento recíproco enfermeiro/PI, apresenta-se como um importante modelo de intervenção nestes contextos de suspeita, uma vez que preconiza a escuta da narrativa, que é geradora da relação empática (Gomes, 2013). Constitui, por isso, uma mais-valia, na medida em que, através da relação de proximidade em que a PI se sente valorizada, apoiada, sendo assim possível um rastreio e uma avaliação mais eficaz.

A avaliação multidimensional, preconizada como essencial nesta fase, permite clarificar a existência de violência e identificar os recursos internos e externos da PI (APAV, 2010; South West Regional Elder Abuse Network [SWREAN], 2011). Em

determinadas tipologias mais subtis de violência, como é o caso da negligência e da violência psicológica, ela pode ser essencial (Paixão Jr. & Reichenheim, 2006). Sempre que possível, a avaliação multidimensional pode e deve ser realizada pela equipa multidisciplinar (Gonçalves, 2006). Esta cooperação multiprofissional permite uma conjugação de saberes e de domínios de intervenção essenciais para a recolha de provas de prática de crime e adoção de medidas que garantam a segurança e a proteção das PI enquanto vítimas (Fernandes & Carvalhas, 2016; Anetzberger, 2017), contribuindo, não só para um cuidado integral e holístico, mas permitindo também a partilha das responsabilidades (DGS, 2016). É necessário, no entanto, ter em conta que neste processo de avaliação a presença de determinadas doenças crónicas mimetiza indícios de violência (Paixão & Reichenheim, 2006; Santos & Vieira, 2014; Mosqueda & O'Toole, 2016), como exponho no apêndice XXX.

De acordo com a evidência disponível, o instrumento EAI é uma opção válida para a avaliação de risco de violência, por ser breve e de fácil aplicação, estando recomendado para ambientes clínicos e da comunidade, permitindo também a avaliação da PI sem competência cognitiva (Fulmer, Guadagno, Bitondo Dyer & Connolly, 2004). Por outro lado, está devidamente traduzido e validado para a população portuguesa por Fernandes & Gonçalves (2015).

Para a fase **HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO**, a DGS (2016) afirma a necessidade de o profissional, “após avaliação global da situação, fundamentada na observação da atitude da vítima, entrevista clínica, dados disponíveis e, quando necessário, no exame físico, (...) colocar hipóteses de diagnóstico de forma a decidir qual o melhor plano de intervenção a seguir” (DGS, 2016, p. 181). Deste modo, em função da avaliação realizada à PI, preconizou-se a definição de um plano de intervenção, de acordo com quatro possíveis cenários: PI com capacidade cognitiva, que não reconhece e/ou não aceita; PI com capacidade cognitiva, que reconhece e aceita intervenção; PI sem capacidade cognitiva em risco; PI com perigo iminente.

Para a fase **ATUAR**, tendo em conta as hipóteses de diagnóstico, para cada uma das situações foram propostas atuações específicas, a ser implementadas de forma flexível, de preferência pela equipa interdisciplinar (Phelan, 2010; Lachs & Pillemer, 2015; Caceres & Fulmer, 2016), de acordo com um dos quatro possíveis cenários, mencionados acima. Os protocolos de atuação propostos para cada situação foram construídos com base nos procedimentos que já eram habituais no serviço.

Na elaboração do plano de intervenção, após um processo informado, esclarecido, reflexivo, promovido pelo enfermeiro, deverá decorrer a negociação entre este e a

PI em caso de capacidade cognitiva presente, ou com o cuidador ou outras estruturas da comunidade, no caso de PI sem capacidade cognitiva, no sentido de determinar as estratégias de intervenção. Esta necessidade de negociar é considerada tanto pelo Modelo de Sistemas (Neuman & Fawcett, 2011) como pelo Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013), como uma etapa importante. Para o primeiro modelo, as metas de enfermagem correspondem a objetivos traçados entre o enfermeiro e a PI ou, quando esta não é capaz, o seu cuidador, de modo a alcançar a mudança desejada e com o intuito de corrigir o desvio do bem-estar. Para o segundo modelo, o processo de negociação pressupõe uma partilha de responsabilidade e poder, pelo que o enfermeiro deve mobilizar o conhecimento que tem da pessoa para transformar capacidades potenciais em reais, para que a PI possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si própria ou assegurar o cuidado do outro (Gomes, 2013).

Na fase **SINALIZAR**, estabeleceu-se que todas as situações deveriam ser remetidas à EPVA local, através do preenchimento do Formulário Clínico de Violência da DGS (Anexo VI). Este procedimento permite dar visibilidade ao fenómeno da violência e ao trabalho que é realizado pela equipa da unidade. No caso de denúncia, seguindo a indicação da DGS (2016), preconizou-se o registo no Formulário de Denúncia de Crime (Anexo VII), e que esse formulário “só deve ser facultado ao Tribunal mediante indicação expressa do mesmo” (DGS, 2016, p. 185).

Com o intuito de operacionalizar o fluxograma, houve necessidade de elaborar um guia orientador (Apêndice XXVII).

As discussões no seio da equipa ocorreram nas sessões de formação e em discussões em círculos mais restritos. No final, quer o fluxograma quer o guia orientador, foram enviados por correio eletrónico a todos os elementos da equipa, de forma a sugerirem alterações antes da sua implementação na unidade. Este trabalho permitiu sistematizar as intervenções e dar visibilidade à necessidade de suportar as tomadas de decisão em critérios válidos.

4.2.8. Colaboração com a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos nas atividades de sensibilização e formação dos profissionais

Após a aferição dos objetivos específicos, efetuada no início do estágio, foi identificada a necessidade de colaborar com as EPVA dos locais onde realizei os estágios (CSP e Hospital).

Na EPVA que funciona nos CSP, dada a extensão do tempo de estágio, houve uma envolvimento maior e mais intensa com a participação nas reuniões, que decorre-

ram de quinze em quinze dias, tendo como objetivos, por um lado, conhecer o trabalho desenvolvido pela equipa e, por outro, colaborar com a mesma nas atividades de sensibilização e formação dos profissionais.

Esta EPVA existe há cerca de três anos e tem atuado sobretudo ao nível de consultadoria. Integra a Rede de Intervenção na Violência Doméstica e em Pessoas Vulneráveis no concelho onde se situa, criada em 2013, mas que não está presentemente a funcionar. A equipa é constituída por uma técnica de serviço social, que também pertence à Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), conforme proposta do Despacho n.º 6378/2013; duas enfermeiras; e uma psicóloga, ausente por baixa. Ao contrário do que é preconizado pelo referido despacho, esta equipa ainda não tem um médico atribuído. Estes elementos fazem parte de duas UCC do ACES, tendo cada elemento atribuídas duas horas por semana para a EPVA.

De referir que a minha integração nesta equipa foi facilitada pelo facto de a enfermeira orientadora do estágio na comunidade fazer parte da EPVA. As reuniões com a EPVA dos CSP foram extremamente gratificantes, porque permitiram participar nas discussões de alguns casos acompanhados pela equipa, assim como colaborar no planeamento e execução da formação dirigida a todas as equipas das unidades funcionais da área de abrangência desta EPVA. Pretendia-se com esta formação envolver outros parceiros da comunidade como a APAV e a Segurança Social, conforme preconizado pela literatura (DGS, 2016). Face ao número insuficiente de inscrições, a formação que estava agendada para 21/03/2018 acabou por ser realizada a 16/11/2018, contando com a minha participação na área da PI (anexo VIII). No decurso da preparação desta formação houve a oportunidade da equipa reunir com a diretora executiva do ACES, que demonstrou estar sensibilizada para a importância da temática da violência. Foram comunicadas as dificuldades e as limitações funcionais da equipa e solicitada colaboração no sentido de se dotar a equipa com os membros em falta, nomeadamente o médico, elemento essencial nas equipas. Nesta reunião, apesar de não ter sido porta-voz, uma vez que era elemento externo à equipa, participei na discussão, demonstrando conhecer a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, tendo contribuído para que fossem negociados os recursos adequados para a formação e para atividade assistencial da EPVA.

No SUG, onde decorreu o segundo estágio, a enfermeira orientadora do estágio também era elemento da EPVA do hospital, pelo que foi possível conhecer não só o trabalho que estavam a desenvolver, mas também as dificuldades e os desafios que tinham para superar a curto prazo. Ponderavam, a breve trecho, realizar uma reu-

nião com os interlocutores das EPVA da comunidade da área de abrangência do hospital e necessitavam de atualizar os contactos destes, pelo que me propus colaborar nesse sentido. Através da EPVA dos CSP obtive os contactos dos outros interlocutores. De forma a atualizar as informações, solicitei por correio eletrónico que atualizassem a identificação do interlocutor e os meios de contacto preferenciais (Apêndice XXXIV). Dado o curto período de tempo do estágio, não houve oportunidade para participar em qualquer reunião da referida EPVA hospitalar.

4.2.9. Divulgação do trabalho realizado

Para Ruivo et al. (2010) a divulgação dos resultados é um dever ético, pois permite contribuir para enriquecer o conhecimento científico e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Ancorada nestes pressupostos, senti necessidade, de numa fase mais avançada do estágio, partilhar o trabalho que estava a ser realizado, procurando com as discussões aperfeiçoar e assim enriquecer o trabalho desenvolvido.

Neste sentido, tive oportunidade de apresentar um póster (Apêndice XXXII) com o título “Fluxograma de Atuação em Situações de Suspeita de Violência Doméstica no Idoso”, nas V Jornadas do ACES Médio Tejo (Abrantes, 24-25/01/2018), cujo resumo da candidatura encontra-se no apêndice XXXI. Na apresentação do póster foi notório o interesse dos participantes no momento da discussão, tendo sido levantadas algumas questões pertinentes, acabando por ser um momento de partilha de trabalho com outras equipas a nível nacional, que se deparam com as mesmas dificuldades. Vimos a qualidade do trabalho ser reconhecida através da obtenção do prémio de Menção Honrosa (Anexo IX).

Após o estágio, houve também oportunidade de apresentar uma comunicação oral, com o título “Proposta de Fluxograma de Atuação em Situações de Suspeita de Violência Doméstica na Pessoa Idosa” (Anexo X e Apêndice XXXIII), no III Congresso Nacional de Cuidados Continuados Integrados e I Conferência de Hospitalização Domiciliária (Porto, 1-2/03/2018), esperando com isso apresentar e discutir outros aspetos do fluxograma de atuação, que não tinha sido possível com a apresentação em formato de póster.

Relativamente a estas duas apresentações foi gratificante defender um trabalho, cujo conteúdo foi construído dentro de uma equipa alargada. Senti necessidade de incluir nas atividades de divulgação, não só a professora que me orientou, como também a enfermeira orientadora do estágio nos CSP, e a técnica de serviço social da respetiva equipa, envolvida nas discussões desde o início do projeto.

5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Com este capítulo pretendo analisar de forma crítica o processo de aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011) nos diferentes domínios, bem como as competências de mestre em enfermagem (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março).

Tendo em conta a análise do processo de desenvolvimento de competências das pessoas nas organizações, proposto por Le Boterf (1995) citado por Fleury & Fleury (2001), à exceção do conhecimento teórico, todos os tipos de conhecimento necessitam da experiência profissional para o seu desenvolvimento. Seguindo a mesma linha de pensamento, também Benner (2001) considera as práticas clínicas um eixo estruturante para a consolidação do saber, salientando a importância do saber adquirido através da experiência. É esta sabedoria que vem da prática, que permite ao enfermeiro perito reconhecer precocemente as alterações fisiológicas subtis, decidir e agir a partir de uma situação global, sem perder tempo, nem preocupar-se com considerações inúteis, não dando atenção a pormenores, nem a regras formais (Benner, 2001).

Tendo em conta os pressupostos do Modelo Dreyfus, utilizado por Benner (2001), considero ter atingido o nível de proficiente. Julgo ter adquirido competências que me permitem avaliar cada situação de forma global, articulando com experiências anteriores e recorrendo a máximas, tendo evoluído no processo de tomada de decisão. Com o tempo e a vivência de novas experiências pretendo amadurecer os conhecimentos adquiridos e alcançar o nível de perita.

5.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Ancorada nestes pressupostos concretizei as atividades mencionadas no capítulo anterior, o que possibilitou o desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nos seguintes domínios:

- **Responsabilidade profissional, ética e legal:** Neste domínio atingi as competências do mesmo, ao desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com a PI, capacitando as pessoas idosas e seus cuidadores a autogerirem alterações previsíveis. Baseei os processos de tomada de decisão no conhecimento científico disponível e na experiência, promovendo simultaneamente práticas de cui-

dados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Procurei gerir de forma adequada, em conjunto com a equipa, as situações que, de alguma forma, poderiam comprometer a segurança, a dignidade ou a privacidade da pessoa, adotando nomeadamente uma conduta antecipatória face às necessidades identificadas e preventivas, intervindo sobre os fatores de riscos. Justifiquei perante a equipa e a própria Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT a necessidade de implementar um instrumento de avaliação de risco de violência, tendo demonstrado possuir um corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico relativamente às questões colocadas.

– **Melhoria da qualidade:** Neste domínio atingi as competências do mesmo, na medida em que, através do diagnóstico da situação: identifiquei as oportunidades; estabeleci as prioridades; selecionei as estratégias de melhoria que passaram pela implementação dos programas de formação junto da equipa de saúde e das AAD, promovendo a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados; e elaborei, em colaboração com a equipa, um guia orientador de boas práticas. Por outro lado, colaborei com o projeto da ECCI/ECSCP – “Formar para Cuidar”, articulando com outras instituições, tendo comunicado as avaliações das atividades realizadas à responsável da UCC.

– **Gestão de cuidados:** Neste domínio atingi as competências do mesmo, através da prestação de cuidados à PI e família, apoiada nos conhecimentos científicos e nos modelos teóricos de enfermagem, com especial relevância para o Modelo de Sistemas (Neuman & Fawcett, 2011) e o modelo de intervenção à PI – Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013). Nas reuniões semanais de discussão dos casos colaborei nas decisões da equipa interdisciplinar, disponibilizei assessoria aos enfermeiros e à equipa, e comprometi-me em participar na formação organizada pela EPVA sobre as questões da violência.

– **Aprendizagens profissionais:** Neste domínio atingi as competências do mesmo, na medida em que as reflexões, baseadas nas leituras, orientações tutoriais e registos reflexivos, contribuíram para o autoconhecimento e para a identificação das áreas de enfoque, que necessitavam de maior aprofundamento, a fim de fundamentar a prática clínica com sólidos e válidos padrões de conhecimento. A pesquisa realizada permitiu desenvolver a capacidade de utilizar as tecnologias de informação e aperfeiçoar métodos de pesquisa adequados à investigação. Atuei como facilitadora nos processos de aprendizagem, uma vez que intervi de forma oportuna como formadora em contexto de trabalho; realizei o diagnóstico das necessidades formati-

vas através da aplicação dos questionários; concebi e geri um programa de formação, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de competências, não só dos enfermeiros como dos restantes elementos da equipa, tendo sido realizadas avaliações das formações.

5.2. Competências de mestre em enfermagem

As atividades atrás mencionadas permitiram do mesmo modo desenvolver as competências de mestre, segundo os descritores de Dublin, que passo a citar:

– **Ser capaz de aplicar os conhecimentos e compreensão e as capacidades de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos mais alargados (ou multidisciplinares) relacionados com a área de enfermagem.** Através do estudo de caso procurei demonstrar a capacidade de mobilizar os conhecimentos específicos de um modelo de intervenção na PI, para um cuidado que se quer centrado na pessoa. Por outro lado, tendo a preocupação em mobilizar os profissionais da equipa interdisciplinar para a procura de soluções criativas (capacidade de liderança), contribui para potencializar os esforços e multiplicar os resultados na área da prevenção da violência contra a PI. As reuniões com diversos interlocutores da comunidade (representante da APAV, agentes da PSP, diretoras técnicas das IPSS) permitiram desenvolver o conhecimento das intervenções realizadas por outras estruturas, que não a saúde, e a compreensão das limitações que sentem no terreno. A construção, quer do fluxograma quer do guia orientador, permitiu mobilizar a equipa para uma construção conjunta, contribuindo para que esta elaborasse novos mapas cognitivos, através da compreensão do que estava a ocorrer no ambiente externo e interno da mesma, recriando novos comportamentos. Isto possibilitou que a equipa, hoje, esteja mais desperta para intervir de forma preventiva sobre os fatores de risco e tenha acessível a informação que lhe permite apoiar a sua intervenção no conhecimento científico disponível. As mudanças, porém, levam tempo... No entanto, todo este trabalho de construção do fluxograma e posteriormente do guia orientador foi sentido pela equipa como um trabalho de sucesso que se pretende que seja divulgado para todo o ACES. Refletindo sobre as estratégias implementadas, hoje teria optado por construir adicionalmente um suporte informativo de bolso com as questões de abordagem geral, os fatores de risco, e sinais e sintomas mais frequentes, a ser entregue a todos os elementos da equipa.

– **Possuir a capacidade de integrar os conhecimentos e lidar com questões complexas e formular juízos com informação incompleta ou limitada, mas que incluam uma reflexão sobre as responsabilidades sociais e éticas relacionadas com a aplicação dos seus conhecimentos e juízos.** Através das diversas reflexões, resultantes das inquietações pessoais, procurei não só apresentar os conhecimentos adquiridos como formulei juízos, existindo a preocupação em incluir as implicações éticas e sociais. Canário (2007) refere que “aquilo que o profissional faz não é determinado, principalmente, por aquilo que ele sabe, mas sim por aquilo que ele é” (Canário, 2007, p. 7) e o que ele é, é o conjunto da sua personalidade, seus recursos afetivos e cognitivos. Para poder ter um bom desempenho é necessário recriar os saberes anteriores, contextualizando-os. “É neste processo que também se situa a noção do profissional reflexivo” (Canário, 2007, p. 7). O desenvolvimento de competências só é possível através de uma prática reflexiva que sistematicamente avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

– **Ser capaz de comunicar as conclusões e os conhecimentos e o raciocínio que as suportam, de forma clara e sem ambiguidades, a públicos especializados e não especializados.** As formações realizadas às AAD e à ECCI/ECSCP, bem como a participação nas atividades de divulgação do trabalho realizado, permitiram-me: atuar como dinamizadora na incorporação de novos conhecimentos de enfermagem e das diferentes disciplinas, na área da violência contra a PI; interpretar, analisar, organizar e, sobretudo, divulgar os dados provenientes da evidência científica; discutir as implicações da investigação, contribuindo para uma melhor prática cuidativa, com ganhos relevantes para a saúde dos cidadãos, nomeadamente das PI. Permitiram-me ainda desenvolver competências para comunicar para um público abrangente, especializado e não especializado, de forma clara.

– **Possuir competências de aprendizagem que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de modo essencialmente auto direcionado ou autónomo.** O período dos estágios, face à necessidade de fundamentar a prática com a evidência científica disponível, e o período de reflexão e elaboração do presente relatório, para fundamentar as aprendizagens e competências do enfermeiro especialista e mestre, exigiram, não só o desenvolvimento de competências relativas ao domínio das tecnologias de informação, mas também o desenvolvimento de competências relativas aos métodos de pesquisa adequados a um estudo aprofundado sobre um tema. Estas competências permitiram consolidar os conhecimentos necessários para desenvolver uma aprendizagem que se quer se seja autónoma e ao longo da vida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a PI não é um problema novo. No entanto, atendendo ao progressivo envelhecimento populacional, torna-se cada vez mais preocupante, nomeadamente ao nível da saúde pública.

Este processo de envelhecimento populacional, além de contribuir para um aumento das doenças crónicas e da dependência nas PI, propicia uma maior vulnerabilidade das mesmas. De modo particular, isto é mais evidente quando a PI necessita de ajuda nas atividades de vida diária. E é nas relações quotidianas e familiares, nomeadamente na intimidade do lar, que pode surgir a violência.

Neste sentido, incumbe aos profissionais de saúde a responsabilidade na identificação, avaliação e prevenção deste complexo fenómeno da violência contra a PI.

O projeto desenvolvido ao longo desta unidade curricular surgiu como uma oportunidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, simultaneamente, aprofundar o conhecimento no domínio da enfermagem médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa.

Em concreto, a implementação do projeto permitiu-me desenvolver competências na prestação de cuidados centrados na PI e na sua família, adequando a intervenção às suas necessidades específicas (cuidado centrado na pessoa). Face à complexidade que este atendimento pode exigir, considero importante que enquanto enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica – vertente pessoa idosa, seja capaz de compreender a globalidade das necessidades em saúde desta população, só possível através da realização da avaliação multidimensional, da sistematização das intervenções e de uma atuação holística, sobretudo nas situações mais complexas.

Através da prestação de cuidados entrei nos espaços íntimos das famílias, observei as dificuldades dos verdadeiros “heróis”, que apesar da avançada idade e das grandes limitações físicas, cuidam dos seus cônjuges e filhos e, mesmo, pais, num esforço contínuo de manutenção da dignidade. Neste contexto, o Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013) adotado mostrou-se particularmente útil, por permitir orientar a minha abordagem para os cuidados centrados na PI, colocando ênfase na necessidade de um tempo e de um espaço para a construção de uma relação. Este modelo de intervenção destaca a necessidade de conhecer e compreender o que há de particular naquela PI e/ou família, e capacitá-la, desenvolvendo o seu potencial intrínseco, para que a própria seja agente do seu projeto de saúde e de vida (Gomes, 2013). Por outro lado, o Modelo de Sistemas (Neuman & Fawcett, 2011) serviu

como referencial para analisar as implicações do fenómeno complexo da violência e contribuiu para a sistematização das intervenções.

Foi extremamente desafiador implementar este projeto. Senti necessidade de, inicialmente, desenvolver as minhas competências na prática, particularmente na área da violência contra a PI, para posteriormente contribuir para o desenvolvimento das competências das equipas. O que começou por ser um projeto restrito à equipa de enfermagem foi alargado a toda a equipa interdisciplinar, com ganhos para todos. Mas nem sempre foi fácil sensibilizar, contagiar e negociar com os diversos elementos, uma vez que era um elemento externo à equipa a realizar um percurso de estágio, limitado no tempo. A temática da violência acabou por ser altamente aliciante de ser trabalhada, pois constatei que na prática muito ainda está por ser feito. Como já referi anteriormente, existem ainda muitas zonas cinzentas na forma de atuação, que constituem verdadeiros obstáculos à deteção, e que é preciso desmistificá-los.

Com o desenvolvimento deste projeto procurei compreender aprofundadamente o fenómeno da violência, não só através das reuniões com os diferentes parceiros da comunidade, mas também questionando os interlocutores de instituições que orientam e condicionam o agir das equipas (OE e ARSLVT). Estas reuniões foram importantes pois permitiram refletir, analisar e questionar a prática e paradigmas existentes.

As reuniões com os múltiplos interlocutores da comunidade possibilitaram tomar consciência do muito que cada um pode fazer ao nível da prevenção. Em contextos com recursos tão escassos, como aqueles por onde passei, presenciei histórias que me fazem acreditar que o esforço articulado das diferentes forças da comunidade tem um efeito potencializador, conseguindo alcançar, por vezes, o impossível. Não posso deixar de destacar a riqueza das discussões em equipa, baseada nas situações concretas vividas pela mesma, tendo resultado na construção do “Fluxograma de atuação em situações de suspeita de violência doméstica na pessoa idosa” e do guia orientador.

As principais limitações do projeto dizem respeito à duração do estágio. Qualquer mudança da prática de cuidados necessita de tempo para que os profissionais consigam incorporar novos saberes, articulá-los e mobilizá-los no seu quotidiano. A preocupação em respeitar o ritmo da própria equipa, em respeitar as suas decisões, e o atraso na autorização para utilização do EAI condicionou a aplicação do instrumento de avaliação do risco de violência à PI, não tendo sido possível implementá-la na ECCI/ECSCP.

Na área da violência contra a PI, o enfermeiro de enfermagem avançada pode ter um papel essencial como dinamizador de iniciativas, que capacitem as equipas a

rastrear, avaliar, definir um plano, atuar e sinalizar as situações de violência contra a PI. A identificação e avaliação de experiências de violência interpessoal é um processo difícil, pois este é um problema pouco visível sendo considerado por muitos como sendo da esfera íntima, pelo que o relato de tais experiências depende muito de cada pessoa e da relação de confiança que se tem com os profissionais de saúde, nomeadamente com os enfermeiros. Os enfermeiros face à relação de proximidade que detêm com a população, ao possuírem formação e treino adequado, são os profissionais que estão em melhor posição para precocemente identificar e avaliar as experiências de violência doméstica nos diferentes contextos, recorrendo para tal às múltiplas fontes de informação, como a observação, a entrevista e os diversos instrumentos de avaliação, nomeadamente o EAI para avaliação do risco de violência, adotando uma conduta preventiva. Dentro das equipas, podem ser os profissionais mais bem preparados para treinar outros profissionais para o uso de instrumentos de rastreio e avaliação de risco de violência, desempenhando um papel privilegiado como gestores de caso, articulando dentro da equipa interdisciplinar, de forma a assegurar um atendimento que se pretende holístico, colaborando com outras estruturas da comunidade que respondem eficazmente às necessidades das vítimas.

A aquisição das competências de enfermeiro especialista e as de mestre, sendo reconhecidas pelos outros, permitirá que ele possa liderar os processos de tomada de decisão de maior complexidade na sua área de especialidade; liderar os programas de melhoria da qualidade; e liderar a formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Por isso pretende-se que o enfermeiro especialista detenha conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e da melhoria contínua, e que articule os conhecimentos, recursos e habilidades, nomeadamente comunicando os resultados das atividades institucionais na área da qualidade e divulgando as boas práticas em congressos ou publicando-os.

Ancorada nestes pressupostos, pretendo, num futuro próximo, colaborar com a minha instituição em formações na área da PI, desenvolver e publicar um artigo na área da prevenção da violência contra a PI, e se possível, cooperar com a ESEL, quer na formação dos enfermeiros quer em futuros trabalhos de investigação.

Este momento, que é o final de um percurso, constitui, na prática, o início de outro, cheio de desafios, em busca de um cuidar em parceria, que se quer mais centrado na pessoa e na família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-96. Acedido em: 02/12/2018. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2996950/mod_resource/content/1/texto%20sobre%20niveis%20de%20preven-epi%20graduac%C3%A3o.pdf.
- Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R. & Hani, S. (2017). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 578-589. **Doi:** 10.1111/jocn.14097.
- Alonso, C., Ferrer, M., Santana, M., Hernández, L., Cruz García, M., Castillo, J. ... Martín-Sánchez, F. (2018). Multidimensional intervention to improve the short-term prognosis of frail elderly patients discharged from a short-stay unit: A quasiexperimental study. *Revista Clínica Española*, 218 (4), 163-169. **Doi:** 10.1016/j.rce.2018.01.008.
- Anetzberger, G. (2017). Elder Abuse Multidisciplinary Teams. In X. Dong (Ed.), *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (pp. 417-432). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual TÍTONO – Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.
- Azeredo, Z. (2016). Reflexão sobre o papel dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários na violência sobre idosos. *Journal of Aging & Innovation*, 5(1), 4-9. Acedido em: 31/05/2017. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/1-csp-violencia-idosos.pdf>.
- Baker, A. A. (1975). Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 5(8), 20-24.
- Baker, P., Francis, D., Hairi, N., Othman, S. & Choo, W. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 1-123. **Doi:** 10.1002/14651858.CD010321.pub2.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berger, L. & Mailoux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas, uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidata.
- Bernal, A. & Gutiérrez, B. (Coords.) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO.

Acedido em: 17/04/2017. Disponível em:
<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51212>.

Bernardes, A. & Pinheiro, S. (2014). Anatomia do envelhecimento. In M. T. Veríssimo (coords). *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar* (pp. 41-47). Lisboa: Lidel – Edições Técnica, Lda.

Bowers, B. (1987). Intergerational caregiving: adult caregivers and their aging parents. *Advanced Nursing Science*, 9 (2), 20-31.

Brandl, B., Bitondo Dyer, C., Heisler, C., Otto, J., Stiegel, L. & Thomas, R. (2007). Elder abuse detection and intervention: a collaborative approach. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Brito, L. (2000). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/9933>.

Caceres, B. & Fulmer, T. (2016). Mistreatment Detection. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker. *Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice* (5th ed.) (pp. 179-196). New York: Springer Publishing Company.

Canário (2007). Aprendizagens e quotidianos profissionais. In UIDE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem. *Processos de formação na e para a prática de cuidados* (pp. 175-185). Loures. Lusociência.

Cary, A. (1999). Gestão de Casos. In M. Stanhope & J. Lancaster. *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª ed., pp. 389-407). Lisboa: Lusociência.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2013). *Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Acedido em: 11/11/2017. Disponível em:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf.

Chicória, M. I. G. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência* (Dissertação de mestrado). Disponível em:
<http://repositorio.esenfc.pt/?url=Hke6l05C>.

Código Penal. Atualizado de acordo com a Lei n.º 30/2017, de 30 de Maio. Acedido em: 10/05/2017. Disponível em: <http://www.codigopenal.pt>.

Cohen, M. (2013). The process of validation of a three-dimensional model for the Identification of abuse in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57, 243-249. **Doi:** 10.1016/j.archger.2013.06.009.

- Cohen, M., Levin, S., Gagin, R. & Friedman, G. (2007). Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *The American Geriatrics Society*. 55 (8), 1224-1230. **Doi:** 10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x.
- Coler, M., Lopes, M. & Moreira, A. (2008). Os profissionais de saúde frente a violência no idoso. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16 (2), 116-122. **Doi:** 10.15603/2176-1019/mud.v16n2p116-122.
- Costa, A., Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E. M., Sérgio, A., Regateiro, F., ... Ferreira, P. S. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016)*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Acedido em: 06/09/2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Crouch, R. (2012). The older person in the emergency department: Seeing beyond the frailty. *International Emergency Nursing*, 20(4), 191-192. **Doi:** 10.1016/j.ienj.2012.09.001.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. Diário da República, Série I-A (n.º 109 de 2006-06-06), 3856-3865. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, Série I-A (n.º 60 de 2006-03-24), 2242-2257. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.
- Despacho n.º 5656/2017 (2017). Determina disposições sobre o desenvolvimento da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e da Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República: II Série (n.º 123 de 2017-06-28. Acedido em: 10/11/2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/107584426>.
- Despacho n.º 6378/2013 (2013). Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, um modelo de intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida, com a designação de Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), e uma comissão de acompanhamento. Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da Re-

- pública, Série II (n.º 94 de 2013-05-16), 15644-15645. Acedido em: 12/01/2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/810493>.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 249-273. Acedido em: 30/04/2017. Disponível em: <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2391>.
- Dias, I. (2009). *Os Maus-Tratos aos Idosos: Abordagem Conceptual e Intervenção Social – Sumário Pormenorizado da Lição*. Provas Públicas de Agregação em Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Acedido em: 22/03/2017. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17982/2/sumariodalicao000078852.pdf>.
- Dias, I. (2010). Violência doméstica e justiça: respostas e desafios. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 20, 245-262. Acedido em: 30/04/2017. Disponível em: <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2287>.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª edição) Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em: 22/01/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006). *Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dong, X. (2017). Prologue. In X. Dong. *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (p. vii- xiv). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.
- Duffin, C. (2007). Turning a blind eye: much abuse of older people goes unreported because of nurses' own fears. *Nursing Older People*, 19(7), 6-7. **Doi:** 10.7748/nop.19.7.6.s8.
- Erikson, E. H. & Erikson, J. M. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Espíndola, C. & Blay, S. (2007). Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 41, 301-306. **Doi:** 10.1590/S0034-89102007000200020.
- Faria, M. P. R. (2015). *Os Crimes Praticados Contra Idosos*. Porto: Universidade Católica Editora.

- Fernandes, D. & Carvalhas, N. (2016). Crimes Contra a Liberdade e Integridade Pessoal: Crimes Cometidos Contra Idosos. In L. S. Pereira, J. P. R. Albuquerque & J. M. V. M. D. Duarte (org.), *Trabalhos temáticos de direito e processo penal* (1ª ed., pp. 19-106). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.
- Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2015). Elder Assessment Instrument (EAI). In GEECD – Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências, *Escala e Testes na Demência* (3ª ed., pp. 171-175). Lisboa: Novartis.
- Fernandes, S. J. D. (2010). *Decisão Ética em Enfermagem: do Problema aos Fundamentos para o Agir* (Tese de Doutoramento). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>.
- Fernández-Alonso, M. & Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 37 (1), 56-59. **Doi:** 10.1157/13083927.
- Ferreira, L., Torrecilha, N. & Machado, S. (2012). *A Técnica de Observação em Estudos de Administração*. Acedido em: 04/03/2018. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_EPQ482.pdf.
- Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos. *Polícia e Justiça: Revista do Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais*. III série, Número especial Temático, 133-151. Acedido em: 04/03/2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/4423>.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi
- Fleury, M. & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*. Edição Especial, 183-196.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fraga, S., Soares, J., Melchiorre, M., Barros, H., Eslami, B., Ioannidi-Kapolou, E. ... Viitasara, E. (2017). Lifetime abuse and quality of life among older people. *Health & Social Work*, 42(4), 215-222. Acedido em: 22/06/2018. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/111646>.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In A. Tomey & M. Alligood (org). *Teorias de enfermagem e a sua obra* (pp. 335-376). Loures: Lusociência.
- Fulmer T. (1984). Elder abuse assessment tool. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 3(4), 216-220. **Doi:** 10.1097/00003465-198407000-00004.
- Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer SPICES. *American Journal Nursing*, 107(10), 40-48. **Doi:** 10.1097/01.NAJ.0000292197.76076.e1.

- Fulmer T., Guadagno, L., Bitondo Dyer, C. & Connolly, M. (2004). Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 297-304. **Doi:** 10.1111/j.1532-5415.2004.52074.x.
- Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I. & Fairchild, S. (2000). Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 26 (5), 436- 443. **Doi:** 10.1067/men.2000.110621.
- Galvani, P. (2011). Autoformation mondialogante et exploration de l'écoformation. *Education Permanente (Cely-en-Bière)*, 186, 133-142.
- Gil, A. P., (Ed.) (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido em: 22/01/2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/1955>.
- Gil, A., Kislaya, I., Santos, A., Nunes, B., Nicolau, R. & Fernandes, A. (2015). Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(3), 174-95. **Doi:** 10.1080/08946566.2014.953659.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. (Tese de doutoramento). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/22090>.
- Gomes, I. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp. 77-113). Loures: Lusociência.
- Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 739-745. **Doi:** 10.32385/rpmgf.v22i6.10306.
- Gonçalves, R. F. M. (2010). *Avaliação do Abuso no Idoso em Contexto Institucional: Lares e Centros de Dia* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/26898>.
- Graf, C., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J. & Chevallley, T. (2010). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (10), 2032-2033. **Doi:** 10.1111/j.1532-5415.2010.03090.x.
- Gruner, H., Antunes, M., Magalhães, F. & Castro, S. (2014). O Idoso frágil. In M. T. Veríssimo (coords). *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar* (pp. 359-364). Lisboa: Lidel – Edições Técnica, Lda.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M. (2010). Apoio à família. In A. Barbosa, I. Neto (eds.). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed., pp. 749-760) Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Guedes, S. I. C. M. (2011). *Cuidar de Idosos com Dependência em Contexto Doméstico: Necessidades Formativas dos Familiares Cuidadores* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9200>.
- Hullick, C., Carpenter, C., Critchlow, R., Burkett, E., Arendts, G., Nagaraj, G. & Rosen, T. (2017). Abuse of the older person: Is this the case you missed last shift? *Emergency Medicine Australasia*, 29(2), 223-228. **Doi:** 10.1111/1742-6723.12756.
- Hoover, R. & Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *American Family Physician*, 89 (6), 453-460. Acedido em: 12/10/2017. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0315/p453.html>.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Tábuas de Mortalidade em Portugal*. Acedido em: 13/02/2018. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=316113801&DESTAQUESmodo=2.
- Johannesen, M. & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42, 292-298. **Doi:** 10.1093/ageing/afs195.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (Eds.) (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 10/05/2017. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en.
- Lachs, M. & Pillemer, K. (2015). Elder Abuse. *The New England Journal of Medicine*, 373, 1947-1956. **Doi:** 10.1056/NEJMr1404688.
- Lei n.º 7/2000 (2000). Quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 400/82, de 3 de Setembro (aprova o Código Penal), alterado pela Lei n.º 6/84, de 11 de Maio, pelos Decretos-Leis n.os 132/93, de 23 de Abril, e 48/95, de 15 de Março, e pela Lei n.º 65/98, de 2 de Setembro, e nona alteração ao Decreto-Lei n.º 78/87, de 17 de Fevereiro (aprova o Código de Processo Penal), alterado pelo Decreto-Lei n.º 387-E/87, de 29 de Dezembro, pelas Leis n.os 17/91, de 10 de Janeiro, e 57/91, de 13 de Agosto, pelos Decretos-Leis n.os 343/93, de 1 de Outubro, e 423/91, de 30 de Outubro, pelo Decreto-Lei n.º 317/95, de 28 de Novembro, e pelas Leis n.os 59/98, de 25 de Agosto, e 3/99, de 13 de Janeiro (reforça as medidas de proteção a pessoas vítimas de violência). Assembleia da Repúbli-

- ca. Diário da República, Série I-A (n.º 123 de 2000-05-27), 2458 – 2458. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/7/2000/05/27/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 48/2007 (2007). 15.º Alteração ao Código de Processo Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 78/87, de 17 de Fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, Série I (n.º 166 de 2007-08-29), 5844 – 5954. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/48/2007/08/29/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de Janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. Diário da República, Série I (N.º 181 de 2015-09-16), 8059-8105. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>.
- Lei n.º 59/2007 (2007). Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro. Assembleia da República. Diário da República, Série I (n.º 170 de 2007-09-04), 6181-6258. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/59/2007/09/04/p/dre/pt/html>.
- Leite, E., Malpique, M. & Santos, M. (1989). *Trabalho de Projecto I – Aprender por Projectos Centrados em Problemas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Lima, F. (2014). Teoria de Betty Neuman no Cuidado à Pessoa Idosa Vítima de Violência. *Revista Baiana de Enfermagem, Salvador*, 28(3), 219-224. **Doi:** 10.18471/rbe.v28i3.11989.
- Lockwood, C. (2011). Clinical judgement and decision-making in nursing and inter-professional healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9, 69-70. **Doi:** 10.1111/j.1744-1609.2010.00203.x.
- Lopes, A. & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Número temático: Envelhecimento demográfico, 13-31. Acedido em: 12/06/2017. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10579.pdf>.
- Mailoux-Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailoux-Poirier (Coord.) *Pessoas idosas, uma abordagem global* (pp. 99-105). Lisboa: Lusodidata.
- Martins, R. (2014). Atividade física e envelhecimento. In M. T. Veríssimo (coord.), *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar* (91-101). Lisboa: Lidel – Edições Técnica, Lda.

- Mateus, M. N. (2011). Metodologia de trabalho de projecto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *Eduser: Revista de Educação*. 3(2). Acedido em: 20/02/2018. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6582/1/76-276-1-PB.pdf>.
- Meireles, A. C. (2008). *Níveis de prevenção: Conceito e relação com as funções do médico de Saúde Pública*. Acedido em: 12/12/2018. Disponível em: http://portal.anmsp.pt/TrabCatarina/PrevencaoNiveis_catarina.pdf.
- Messeccar, D. (2016). Family Caregiving. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker. *Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice* (5th ed., pp. 137-163). New York: Springer Publishing Company.
- Militar, S. A. S. M. B. (2012). *Formar para Cuidar* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/13570>.
- Minayo, M. C. S. (1994). A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (suplemento 1), 07-18. **Doi:** 10.1590/S0102-311X1994000500002.
- Minayo, M. C. S. (2005). *Violência contra idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria* (2ª ed.). Brasília: Secretaria Especial dos direitos Humanos.
- Minayo, M. & Coimbra, C. (2011). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moraes, E., Pereira, A., Azevedo, R. & Moraes, F. (2017). *Avaliação Multidimensional do Idoso*. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Acedido em: 21/11/2017. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apostila_Idoso241017.pdf.
- Moreno, L. G. (2016). *Detección del Maltrato al Anciano no Institucionalizado* (Trabajo de Fin de Grado en Enfermería). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10486/676253>.
- Mosqueda, L. & O'Toole, E. (2016). The mistreatment of older adults. In J. Gallo, J. Busby-Whitehead, P. Rabins, R. Silliman & J. Murphy, *Reichel's care of the elderly: clinical aspects of aging* (7ª ed., pp. 685-690). Philadelphia: Williams & Wilkins.
- National Center on Elder Abuse at the American Public Human Services Association (1998). *The national Elder Abuse Incidence Study*. Acedido em: 22/03/2017. Disponível em: https://www.acl.gov/sites/default/files/programs/2016-09/ABuseReport_Full.pdf.

- Naumes, W. & Naumes, M. (2002). *The Art and Craft of Case Writing*. (3rd ed.). New York: M. E. Sharpe, Inc.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5th ed.). Boston: Pearson.
- Nolan, M. (2009). Older Patients in the Emergency Department. *Journal of Gerontological Nursing*, 35 (12), 14-18. **Doi:** 10.3928/00989134-20091103-01.
- OBrien-Suric, N., Benson, A., Dong, X. & Fulmer, T. (2017). A Multidisciplinary Approach to the Clinical Management of Elder Mistreatment. In X. Dong (Ed.), *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (pp. 215-228). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.
- Paixão Jr., C. & Reichenheim, M. (2006). Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cadernos Saúde Pública*, 22(6), 1137-1149. **Doi:** 0.1590/S0102-311X2006000600003.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (1999). A Saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-361.
- Penhale, B. (2010). Responding and intervening in elder abuse and neglect. *Ageing International*, 35 (3), 235–252. Acedido a 22/03/2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12126-010-9065-0>
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care level*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 11/01/2017. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf.
- Phelan, A. (2008). Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: implications for nursing discourse. *Nursing Inquiry*, 15(4), 320-329. **Doi:** 10.1111/j.1440-1800.2008.00423.x
- Phelan, A. (2010). Elder Abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478. **Doi:** 10.12968/bjcn.2010.15.10.78727.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. & Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 59 (S2), S194-S205. **Doi:** 10.1093/geront/gnw004.
- Podnieks, E. & Thomas, C. (2017). The Consequences of Elder Abuse. In X. Dong (Ed.), *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (p. 109-123). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.
- Pordata (2018a). *A esperança de vida à nascença*. Acedido em: 04/02/2018. Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Europa/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+s+exo-1260-209737>.

Pordata (2018b). *Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo*. Acedido em: 04/02/2018. Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saud%C3%A1vel+aos+65+anos+por+sexo-1590-211621>.

Price, B. (2013). Using narratives and discourses in neglect-prevention training. *Nursing Management*, 20 (3), 28-35. **Doi:** 10.7748/nm2013.06.20.3.28.e1071.

Redondo, J., Pimentel, I. & Correia, A. (2012). *Manual SARAR – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*. Ceira: Serviço de Violência Familiar – Hospital Sobral Cid, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2014). *Addressing and preventing Abuse and Neglect of older Adults: person – centred, collaborative, system-wide approaches*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Regulamento n.º 122/2011 (2011). Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série II (N.º 35 de 2011-02-18), 8648-8653. Acedido em: 23/03/2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3477011>.

Regulamento n.º 338/2017 (2017). Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série II (n.º 120/2017 de 2017-06-23), 12770-12772. Acedido em: 23/03/2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/107553282>.

Rosas, I. C. G. (2015). *Idoso, Vulnerabilidade, Risco e Violência: Que medidas de proteção?* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/10553>.

Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37. Acedido em: 16/01/2017. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

- Samaras, N., Chevalley, T., Samaras, D. & Gold, G. (2010). Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine*, 56 (3), 261-269. **Doi:** 10.1016/j.annemergmed.2010.04.015.
- Sanders, K. (2006). Developing practice for healthy ageing. *Nursing Older People*, 18(3), 18-25. **Doi:** 10.7748/nop2006.04.18.3.18.c2417.
- Santos, A., Nicolau, R., Fernandes, A. & Gil, A. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas [online]*, 72, 53-77. **Doi:**10.7458/SPP2013722618.
- Santos, C. & Vieira, D. (2014). Abuso e maus-tratos de idosos. In M. T. Veríssimo (coord), *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar* (413-421). Lisboa: Lidel – Edições Técnica, Lda.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência: revista de educação e formação em enfermagem*, 11, 59-62. Acedido em: 22/04/2018. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel. Edições Técnicas, Lda.
- Silvestre, M. C. C. (2012). *Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=veU75R87>.
- Sousa, M. (2011). O cuidador de acção directa a idosos: papel no sistema de cuidados. *Patient Care*, 16(171), 60-66.
- South West Regional Elder Abuse Network. (2011). *Guidelines for Developing Elder Abuse Protocols: A South West Ontario Approach*. Acedido em: 13/12/2017. Disponível em: <https://www.thehealthline.ca/pdfs/ElderAbuseGuidelines2011.pdf>.
- Stanhope, M. (1999). Teorias e desenvolvimento familiar. In M. Stanhope & J. Lancaster (Cords.), *Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª ed., pp. 491-518) Lisboa: Lusociência.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª ed). Lisboa: Lusociência.
- Tavares, J. (2012). Identificação das pessoas idosas de risco no serviço de urgência: Que realidade? *Journal of Aging & Inovation*, 1 (4), 14-25. Acedido em:

22/01/2018. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2-Idosos-de-risco-nos-SU.pdf>.

Tavares, J., Sá-Couto, P., Boltz, M. & Capezuti, E. (2017). Identification of seniors at Risk (ISAR) in the emergency room: A prospective study. *International Emergency Nursing*, 35, 19-24. **Doi:** 10.1016/j.ienj.2017.05.008.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / supplement*. South Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido em: 02/02/2017. Disponível em: https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf.

Williams, J., Davis, M. & Acierno, R. (2017). Global Prevalence of Elder Abuse in the Community. In X. Dong (Ed.), *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (pp. 62-65). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.

Winterstein, T. B. (2012). Nurses' experiences of the encounter with elder neglect. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 55-62. **Doi:** 10.1111/j.1547-5069.2011.01438.x

World Health Organization (2002). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 14/06/2017. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf.

World Health Organization (2008). *A global response to Elder Abuse and neglect: Building Primary Health Care capacity to deal with the problem Worldwide. Main report*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 25-02-2017. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf.

World Health Organization (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women – WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 15/08/2108. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf.

World Health Organization (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 13/12/2018. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en.

World Health Organization (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 14/06/2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf.

- World Health Organization (2017). *Abuse of older people on the rise – 1 in 6 affected*. Acedido em: 16/06/2017. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>.
- World Health Organization (2018a). *Ageing and health*. Acedido em: 01/06/2018. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- World Health Organization (2018b). *Elder Abuse*. Acedido em: 01/06/2018. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido em: 10/05/2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2011/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>.
- World Health Organization/International Network for the Prevention of Elder Abuse (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 25/06/2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67371/WHO_NMH_VIP_02.1.pdf.
- Yon, Y., Mikton C., Gassoumis Z. & Wilber, K. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 5 (2), e147-e156. **Doi:** 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
- Zabala, A. & Arnau, L. (2010). *Como Aprender e Ensinar Competências*. São Paulo: Artmed Editora.

ANEXOS

Anexo I:
Comprovativo da participação na sessão de informação sobre
“Avaliação de Risco em Violência Doméstica”, organizada pela
Secretaria-Geral do Ministério de Administração Interna

SESSÃO DE INFORMAÇÃO

AVALIAÇÃO DE RISCO EM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

(MODELO RVD EM USO PELAS FORÇAS DE SEGURANÇA E MINISTÉRIO PÚBLICO)

Certifica-se que **Maria Julieta Costa** participou na sessão
de informação sobre
Avaliação de Risco em Violência Doméstica,
no dia 23 de Outubro de 2017.

Pela organização,
André Teixeira

ONVG
OBSERVATÓRIO NACIONAL
DE VIOLÊNCIA E GÉNERO



Anexo II:

Comprovativo de participação no seminário de “Violência em pessoas com especial vulnerabilidade”, organizado pela ESEL

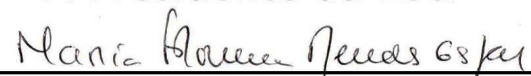
Certificado

SEMINÁRIO

"VIOLÊNCIA EM PESSOAS COM ESPECIAL
VULNERABILIDADE"

Maria Julieta Araújo da Costa, esteve presente no seminário de violência em pessoas com especial vulnerabilidade , realizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 30 maio de 2017.

A Presidente da Esel



(Maria Filomena Gaspar)

Anexo III:
Índice de avaliação de maus-tratos e abuso a idosos

Elder Assessment Instrument

I. Avaliação Geral	Muito Bom	Bom	Baixo	Muito baixo	Impossível Avaliar
1. Vestuário					
2. Higiene					
3. Nutrição					
4. Qualidade da pele					
5. Comentários adicionais:					
II. Possíveis indicadores de Abuso	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
6. Contusões					
7. Golpes					
8. Fraturas					
9. Vários estádios de cura de escoriações ou fraturas					
10. Evidência de abuso sexual					
11. Queixa de abuso repetido pelo idoso					
12. Comentários adicionais:					
III. Possíveis Indicadores de Negligência	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
13. Contraturas					
14. Lesões de pressão					
15. Diarreia					
16. Depressão					
17. Impacto					
18. Desnutrição					
19. Queimaduras de urina					
20. Pouca higiene					
21. Falha na resposta a aviso de doença óbvia					
22. Medicação inadequada (carência/ excesso)					
23. Readmissão hospitalar devido a provável falta de vigilância dos cuidados de saúde					
24. Queixas do Idoso por negligência repetida					
25. Comentários adicionais:					

IV. Possíveis indicadores de Exploração	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
26. Mau uso do dinheiro					
27. Evidência da exploração financeira					
28. Registos de exigências de bens em troca de serviços					
29. Incapacidade para controlar dinheiro/bens					
30. Queixas do idoso de exploração repetida					
31. Comentários adicionais:					
V. Possíveis indicadores de Abandono	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
32. Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas					
33. Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio					
34. Queixas do idoso de abandono repetido					
35. Comentários adicionais:					
VI. Resumo	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
36. Evidência de Abuso					
37. Evidência de Negligência					
38. Evidência de Exploração					
39. Evidência de Abandono					
40. Comentários adicionais:					

VI. Comentários e seguimento

Autor da versão original:

Fulmer, T. (2008). Screening for Mistreatment of Older Adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59. Doi: 10.1097/01.NAJ.0000341885.07694.48.

Autor da versão traduzida e validada para Portugal:

Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2015). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD. *Livro de Escalas e Testes na Demência* (3.ª edição). GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências

Anexo IV:
Autorização dos autores para utilização do *Elder Assement*
***Instrument* intitulado na versão portuguesa de**
“Índice de avaliação de maus-tratos e abuso a idosos”



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA [REDACTED]@campus.esel.pt>

Autorização para a utilização do Elder Assessment Instrument

1 mensagem

Rosa Gonçalves <[REDACTED]@hotmail.com>

25 de setembro de 2017 às 15:45

Para: MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Boa tarde,

não há qualquer inconveniente na utilização do Elder Assessment Instrument. Espero que lhe seja útil e peço-lhe apenas que o referencie.

Desejo-lhe felicidades no seu Mestrado e votos que corra pelo melhor.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional que necessite.

Despeço-me com consideração, atentamente

Rosa Gonçalves

Anexo V:
Autorização da Diretora de Enfermagem e Vogal do Conselho
Clínico de Saúde do ACES X para aplicação do *Elder Assement*
***Instrument* na ECCI/ECSCP**



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Re: Pedido de autorização para aplicação do EAI na UCC

1 mensagem

[REDACTED] | Vogal UAG [REDACTED]

9 de outubro de 2017 às
09:42

[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt>

Para: MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Bom dia

Por mim não vejo qualquer inconveniente.

Atenciosamente

[REDACTED] (Enfª Chefe)

Diretora de Enfermagem e Vogal do Conselho Clínico de Saúde

ACES [REDACTED]

Mail: [REDACTED]@arslvt.min-saude.pt

Telf [REDACTED]

Fax: [REDACTED]

Anexo VI:
Formulário de Registo Clínico de Violência da DGS

FORMULÁRIO DE REGISTO CLÍNICO DE VIOLÊNCIA > ADULTOS

Nº utente:

Nº proc. EPVA:

USF/UCSP do/a Utente:

Nome do/a Médico/a de Família:

ÍNDICE:



IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO(S) PRESTADOR(ES) DE INFORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO/A SUSPEITO/A



AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO VIOLÊNCIA

DESCRIÇÃO DOS FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

EXAME FÍSICO

ESTADO EMOCIONAL ATUAL

AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO



HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO



INTERVENÇÕES ANTERIORES

PLANO DE INTERVENÇÃO



SINALIZAÇÃO INTERNA

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Identificação: N.º Validade

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Tel.: E-mail

- Vulnerabilidade particular:
- ☐ Grávida
 - ☐ Pessoa idosa
 - ☐ Dependente (física/mentalmente)
 - ☐ Dependente economicamente do/a suspeito/a
 - ☐ Crianças/dependentes expostas direta ou indiretamente à violência
 - ☐ Migrante
 - ☐ Outro (especificar)

NOTA: Em caso de não entendimento da língua portuguesa, solicitar apoio ao [CNAI](http://www.acidi.gov.pt/) (www.acidi.gov.pt/)



Assegurar que os contactos fornecidos pela vítima não são controlados pelo/a(s) agressor/a(s).

Composição do agregado familiar:

Relação de parentesco	Nome dos dependentes	Idade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Genograma:

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

NOTA: Mais do que dois/duas prestadores/as de informação, preencher em Notas

NOTA: Para mais prestador/a(s) de informação, preencher novos campos no final do documento (pág. 18)

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D. Nascimento: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

NOTA: Para mais suspeito/a(s), preencher novos campos no final do documento (pág. 19)

Situações específicas:

☐ Abuso/Dependência de substâncias ☐ Álcool
☐ Drogas
☐ Outras substâncias (especificar)

☐ Comportamentos delinquentes

☐ Práticas abusivas prévias ☐ a Familiares
☐ a Desconhecidos

☐ Patologia psiquiátrica

☐ ITS's

☐ Outras (especificar)

Relação com a vítima: (especificar)

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Tipologia/natureza:

Data início:

Intensidade (na percepção da vítima):

- ☐ Física ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave
- ☐ Psicológica ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave
- ☐ Sexual ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave
- ☐ Negligência/privação ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave
- ☐ Autodirigida ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave
- ☐ Outra ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave

NOTA: Sexual: Não esquecer de preencher "Tipo de Práticas" na Pág. 16.



Ex.: Económica

Situações específicas:

- ☐ Violência Doméstica — ☐ Relações de intimidade ☐ Relações familiares ☐ Violência vicariante
- ☐ Violência de Género
- ☐ Tráfico de Seres Humanos
- ☐ Institucional ☐ Laboral
- ☐ Bullying ☐ Cyberbullying
- ☐ Stalking ☐ Grooming
- ☐ Mutilação Genital Feminina ☐ Clitoridectomia ☐ Excisão ☐ Infibulação ☐ Outras
- ☐ Violência Discriminatória (especificar)

NOTA: Especificar subtipo, quando aplicável.

Exemplo: Etnia, identidade de género, orientação sexual, deficiência

Frequência: Descrever relativamente à situação mais frequente ou grave.

- ☐ Única ☐ Episódica ☐ Continuada (especificar local mais frequente)

Recurso a agentes (especificar):

- ☐ Mecânicos ☐ Contundentes ☐ Cortantes ☐ Perfurantes
- ☐ Fogo e explosivos
- ☐ Físicos ☐ Térmicos - calor e frio ☐ Elétricos ☐ Radiações
- ☐ Químicos ☐ Substâncias cáusticas e corrosivas ☐ Tóxicas
- ☐ Tecnológicos ☐ Filme ☐ Fotografia ☐ Outro

FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

Nota: (descrição genérica da violência, incluindo mecanismo; tipo; circunstâncias do evento traumático; sintomatologia e lesões, ciclo da violência, de acordo com informação prestada pela vítima).

Dia Hora Local

Descrição dos Factos:

ANTECEDENTES PESSOAIS

(Com base na informação da vítima ou do/a seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

☐ Patología psiquiátrica (especificar)

☐ **Abuso/Dependência de substâncias** — ☐ Álcool ☐ Drogas ☐ Psicofármacos ☐ Outras (especificar)

☐ Historial de violência prévia

- ☐ Infância
 - ☐ Vítima
 - ☐ Perpetrador/a
- ☐ Idade adulta
 - ☐ Vítima
 - ☐ Perpetrador/a

☐ Outras consequências da vitimação (médicas, sono, alimentação, etc.)

ANTECEDENTES FAMILIARES

(Com base na informação da vítima ou do/a seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

☐ Patología psiquiátrica (especificar)

☐

Abuso/Dependência de substâncias

☐

Álcool

Drogas

Psicofármacos

Outras (especificar)

☐ **Historial de violência prévia em familiares** (infância e/ou idade adulta)

☐ **Violência intrafamiliar** (tipo, data de início, frequência, gravidade, duração, consequências, envolvimento de cada membro da família e medidas tomadas)

EXAME FÍSICO > ESTADO GERAL

Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.
Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

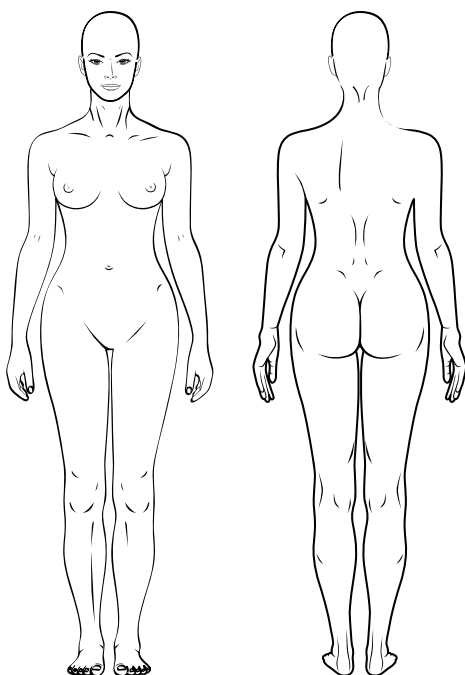
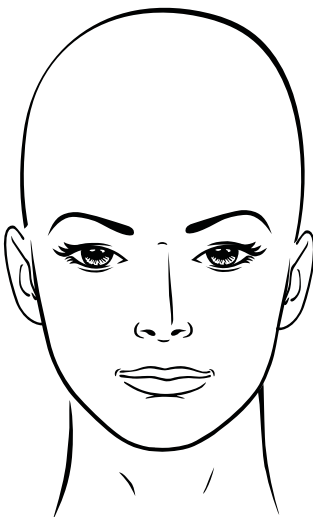
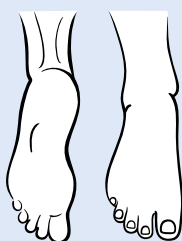
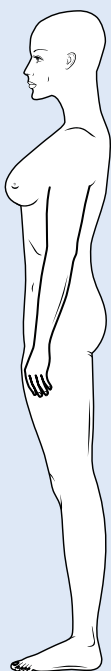
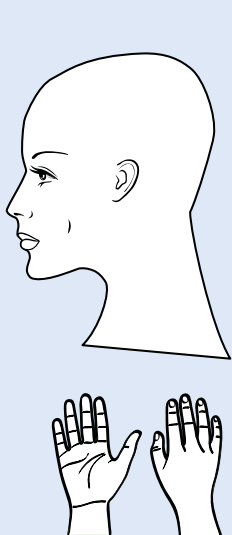
Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (réguas/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o n° do contacto, sem indicar nome/n° de utente.

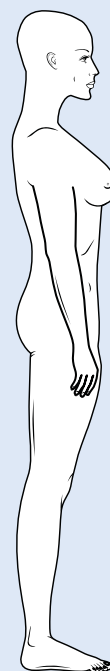
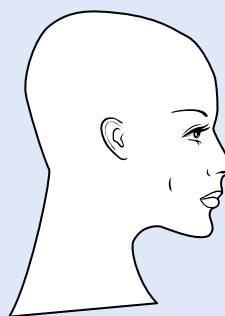


Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido do/a utente, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



EXAME FÍSICO > ESTADO GERAL

Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.
Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

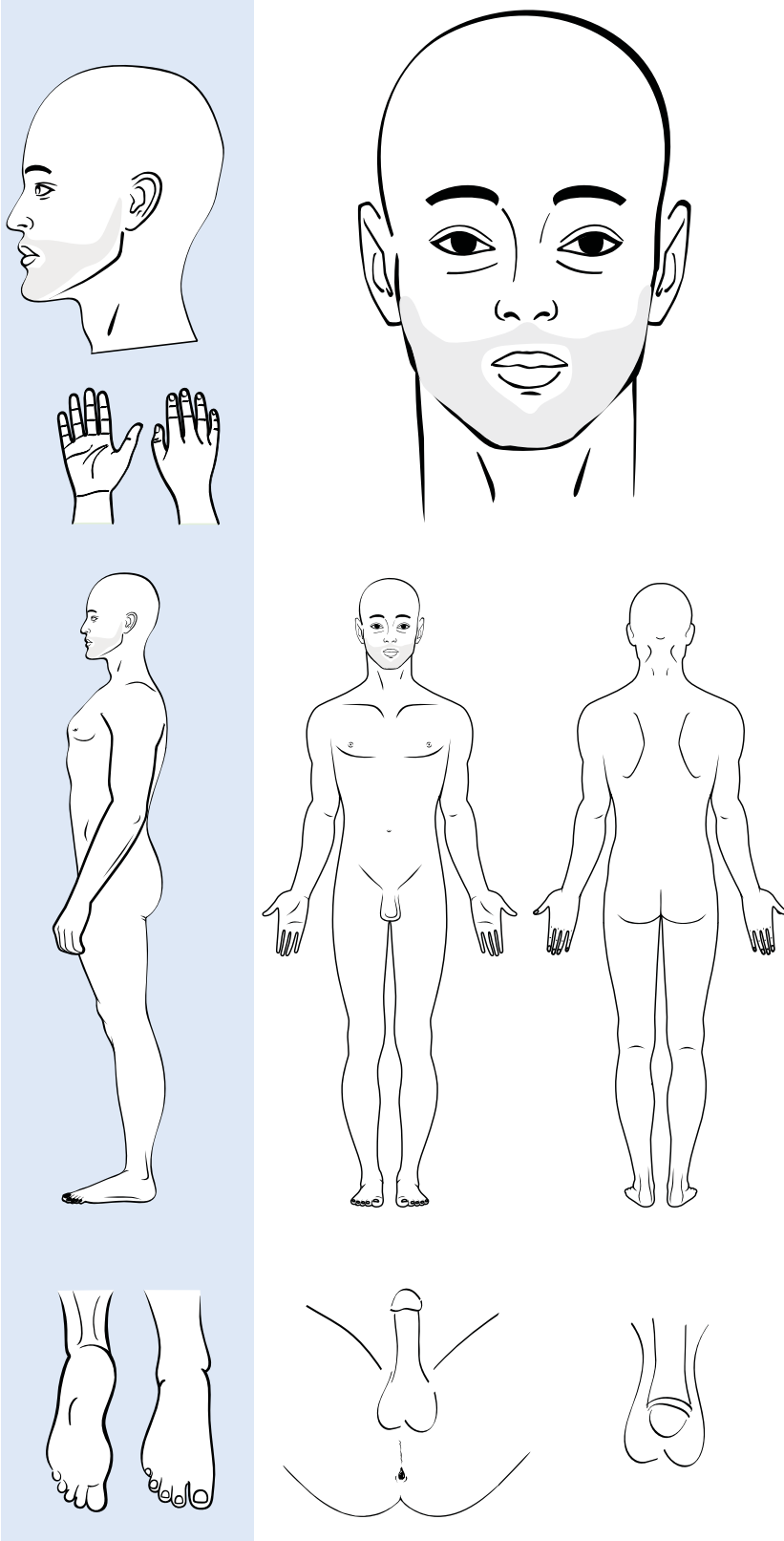
Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (régua/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o n° do contacto, sem indicar nome/n° de utente.

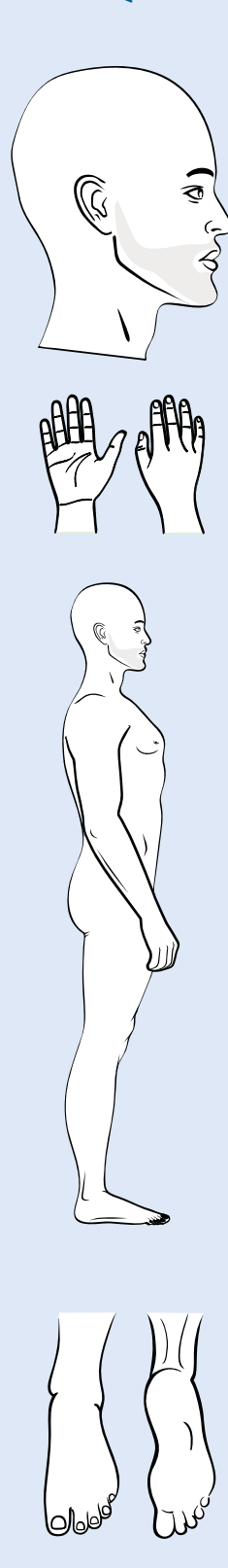


Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido do/a utente, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



Descrição das lesões



Fazer referência a eventuais alterações encontradas resultantes de um estado anterior (cicatrices, tatuagens, marcas de nascença).

Forma/bordos/cor/dimensão/estruturas circundantes/direção-orientação/conteúdo/gravidade/mecanismo/tempo aproximado desde a sua produção/ adequação ao relato – mecanismo e data.

Nº	Localização	Tipo de lesão	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de lesão: avulsão dentária; luxação/fratura dentária; edema; ferida incisa/contusa; mordedura; equimose; fratura; escoriação; hematoma; queimadura; abrasão; corte; alopecia; lesão – ocular, otológica, genital; dor à palpação; cicatriz; etc.

Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (régua/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o nº do contacto, sem indicar nome/nº de utente.

☐ Registo fotográfico de lesões

- ☐ Colheitas
- ☐ Vestígios
- ☐ Peças de vestuário ou outras

☐ Amostras biológicas

☐ Presença de pessoa de confiança da vítima durante o exame

ESTADO EMOCIONAL ATUAL

Descrição geral

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade/Medo | <input type="checkbox"/> Labilidade | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Desorientação |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Apatia | <input type="checkbox"/> Confusão mental | <input type="checkbox"/> Ideação suicida |

AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

- 1 ☐ Ausência de consciência da situação de violência ou negação da mesma.
- 2 ☐ Inicia tomada de consciência da situação de violência em que vive, contudo não sente que esta possa mudar ou que possa intervir para a mudança.
- 3 ☐ Começa a pensar que não pode continuar a viver na situação presente, mas não sabe como mudar. Analisa prós e contras para a mudança que, contudo, não planeia realizar.
- 4 ☐ Iniciou algumas mudanças e planeia a rutura da situação, embora tenha sentimentos ambivalentes entre autoconfiança e insegurança ou medo de enfrentar o futuro.
- 5 ☐ O percurso de saída da situação de violência não é linear, pelo que pode haver momentos de abandono e retrocessos até conseguir consolidar e manter a sua autodeterminação.
- 6 ☐ Consolidado o processo de mudança, planeia novos projetos de vida.

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO

1

☐ Presença de indicadores de **RISCO**, avaliado em conjunto com a vítima:

- ☐ Ameaça ou uso de armas
- ☐ Ameaças ou tentativa de homicídio à vítima ou figuras significativas
- ☐ Ameaças ou tentativa de suicídio por parte da vítima
- ☐ Maus tratos e crianças e jovens ou outros elementos da família
- ☐ Lesões graves em incidentes anteriores
- ☐ Ameaça ou abandono da relação por parte da vítima (conflitos, separação/divórcio)
- ☐ Ameaças ou assédio/perseguições/stalking (incluindo em caso de separação)
- ☐ Escalada da gravidade, intensidade e frequência da violência
- ☐ Episódios de violência durante a gravidez
- ☐ Prática de sexo forçado com a vítima (incluindo situação de conjugalidade)
- ☐ Manifestação de ciúmes extremos, controlo obsessivo da atividade diária (onde vai, com que está, que dinheiro tem)
- ☐ Morbilidade psiquiátrica/psicopatologia no/a agressor/a
- ☐ Atitudes extremas de dominância e poder: vítima como propriedade
- ☐ Agravamento das estratégias de isolamento
- ☐ Consumo de álcool ou outras substâncias por parte do/a agressor/a
- ☐ Comportamento violento generalizado a outros contextos
- ☐ Diminuição ou ausência de remorso por parte do/a agressor/a
- ☐ Historial de crimes do/a agressor/a
- ☐ Violação de ordens judiciais pelo/a agressor/a (liberdade condicional, medidas de coação)

2

NA PRESENÇA DESTE INDICADOR, O RISCO AUMENTA CONSIDERAVELMENTE

☐ Resposta positiva da vítima aos itens de perceção de perigo:

- ☐ Sentimento de insegurança
- ☐ Receio em voltar para casa / contexto onde ocorreu a situação de violência
- ☐ Existência de perigo para os filhos
- ☐ Presença do/a agressor/a em localização próxima
- ☐ Desconhecimento da situação por familiares e/ou amigos
- ☐ Fraco apoio da rede de suporte familiar ou social

3

☐ Diagnóstico de **PERIGO IMINENTE**

(possibilidade de sofrer um episódio iminente de violência com perigo para a vida da vítima e/ou das suas figuras significativas), fundamentada na entrevista, perceção da vítima, avaliação biopsicossocial e exame físico.

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO

☐ Suspeita de violência



Protocolo 1

Ver pág. 191

☐ Confirmação de violência
Situação de Risco



Protocolo 2

Ver pág. 192

☐ Confirmação de violência
Situação de Perigo



Protocolo 3

Ver pág. 193

INTERVENÇÕES ANTERIORES

INTERVENÇÃO ANTERIOR NO ÂMBITO DA SAÚDE:

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica.

(especificar)

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:

☐ Enfermagem

☐ Psicologia

☐ Serviço Social

☐ Outra

☐ Tratamento de lesões (especificar tipo)

☐ Recorrência anterior aos serviços de saúde devido a violência

☐ Episódio(s) de Urgência

☐ Episódio(s) de Internamento

☐ Contacto com a Linha de Saúde 24

☐ Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR.

Número do processo

Equipa

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES:

☐ Apoio pela rede de suporte familiar/social

Pessoa de ref.ª

Contactos

☐ Apoio por ONG/IPSS: ☐ APAV ☐ AMCV ☐ UMAR ☐ NAV

☐ Outra

☐ Apoio pelo Serviço Local ISS, IP (especificar concelho)

☐ Apoio pela RAPVT

☐ Apoio pelo Protocolo RSI

☐ Apoio pelo Banco Alimentar

☐ Linha de Emergência Social 144

☐ Outras linhas de apoio telefónico

☐ Acolhimento em Casa de Abrigo

☐ Intervenção pela CPCJ (em caso de crianças presenciarem violência)

☐ Queixa/denúncia anterior (especificar nº processo)

☐ GNR

☐ PSP

☐ PJ

☐ Ministério Público

☐ Avaliação Forense INMLCF, IP

☐ Medidas judiciais

☐ Afastamento do/a agressor/a

☐ Meios técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)

☐ Serviço de teleassistência

☐ Intervenção pela DGRS

☐ Sinalização para Observatório(s)

☐ Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.otsh.mai.gov.pt/>)

☐ Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde
(<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)

☐ Outro (especificar)

☐ Outra (especificar)

PLANO DE INTERVENÇÃO

PROTOCOLO ACIONADO:

☐ **Protocolo 1 – Suspeita**

☐ **Protocolo 2 - Risco**

☐ **Protocolo 3 - Perigo**

☐ Elaboração/disponibilização de Plano de Segurança à vítima (anexo).

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE

☐ Tratamento de lesões (especificar tipo)

☐ Prescrição de ECD (especificar)

☐ Prescrição de Medicação Especificar:

☐ Encaminhamento Serviço Urgência

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica
(especificar)

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:

☐ Enfermagem ☐ Psicologia ☐ Serviço Social ☐ Outra

☐ Internamento. Especificar:

☐ Contacto com a Linha de Saúde 24

☐ Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR

Número do processo Equipa

VIOLÊNCIA SEXUAL

☐ Teste de gravidez

☐ Contraceção de emergência (até 5 dias após agressão)

☐ Interrupção da gravidez

☐ Despiste de ITS/VIH/Hepatite B

☐ Profilaxia ITS/VIH (avaliar risco benefício)

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES

- ☐ Apoio pela rede de suporte familiar/social
- ☐ Acompanhamento por IPSS: ☐ APAV ☐ AMCV ☐ UMAR ☐ Outra
- ☐ Intervenção pelo Serviço Local ISS, IP. Especificar concelho:
- ☐ Apoio RSI
- ☐ Apoio Banco Alimentar
- ☐ Linha de Emergência Social 144
- ☐ Outras linhas de apoio telefónico
- ☐ Acolhimento em Casa Abrigo
- ☐ Intervenção pela CPCJ
- ☐ Encaminhamento/realização de queixa/denúncia
 - ☐ GNR ☐ PSP ☐ PJ ☐ Ministério Público
- ☐ Avaliação Forense INMLCF
- ☐ Medidas judiciais
 - ☐ Afastamento do/a agressor/a ☐ Meios técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)
 - ☐ Serviço de teleassistência ☐ Intervenção pela DGRS
- ☐ Sinalização para Observatório(s)
 - ☐ Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.otsh.mai.gov.pt/>)
 - ☐ Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde (<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)
 - ☐ Outro. Especificar:
- ☐ Outra. Especificar

SINALIZAÇÃO INTERNA

EQUIPA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM ADULTOS (EPVA)

- ☐ Apenas sinalização (casuística)
- ☐ Consultadoria
- ☐ Intervenção N° proc.

NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (NACJR)/ NÚCLEO HOSPITALAR DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (N(H)ACJR)

- ☐ Apenas sinalização
- ☐ Consultadoria
- ☐ Intervenção N° proc.

Nome Profissional(is)

Serviço/Unidade

Assinatura

Data

Adaptado de: INMLCF, IP

GESTOR DE CASO

Nome

Entidade

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL > TIPO DE PRÁTICA(S):

**Relativamente à vítima,
o/a suspeito/a(s):**

- ☐ **CONTACTO ORAL**
- ☐ Beijou/lambeu
 - ☐ Mordeu
 - ☐ Contactou os genitais com a boca
 - ☐ Contactou a região anal com a boca
 - ☐ Ejaculou na boca
- ☐ **CONTACTO GENITAL**
- ☐ Contactou com os dedos/mão nos genitais
 - ☐ Penetrou com os dedos na vagina
 - ☐ Contactou com um objeto nos genitais
 - ☐ Penetrou com um objeto na vagina
 - ☐ Contactou com o pénis na vulva
 - ☐ Ejaculou na vulva
 - ☐ Penetrou com o pénis na vagina
 - ☐ Ejaculou na vagina
- ☐ **CONTACTO ANAL**
- ☐ Contactou com os dedos/mão na região anal
 - ☐ Penetrou com os dedos no ânus
 - ☐ Contactou com um objeto na região anal
 - ☐ Penetrou com um objeto no ânus
 - ☐ Contactou com o pénis na região perianal
 - ☐ Ejaculou na região perianal
 - ☐ Penetrou com o pénis no ânus
 - ☐ Ejaculou no ânus

**Relativamente ao/à(s) suspeito/a(s),
a vítima:**

- ☐ **CONTACTO ORAL**
- ☐ Foi obrigada a beijar/lamber
 - ☐ Mordeu
 - ☐ Foi obrigada a contactar os genitais com a boca
 - ☐ Foi obrigada a contactar com a região perianal
- ☐ **CONTACTO GENITAL**
- ☐ Foi obrigada a contactar com o pénis nos genitais
 - ☐ Foi obrigada a penetrar com o pénis na vagina
- ☐ **CONTACTO ANAL**
- ☐ Foi obrigada a contactar com o pénis na região perianal
 - ☐ Foi obrigada a penetrar com o pénis no ânus

DURANTE A AGRESSÃO

- ☐ Utilização de preservativo
- ☐ Utilização de gel contraceptivo, espuma ou lubrificante (especificar substância e local)
- ☐ Ejaculação na roupa ou qualquer outra parte do corpo
- ☐ Outros vestígios orgânicos na roupa ou qualquer outra parte do corpo

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (CONT.)

COMPORTAMENTO DA VÍTIMA APÓS ALEGADA AGRESSÃO SEXUAL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavou uma parte do corpo | <input type="checkbox"/> Fumou |
| <input type="checkbox"/> Tomou banho | <input type="checkbox"/> Mascou pastilha elástica |
| <input type="checkbox"/> Fez irrigação vaginal | <input type="checkbox"/> Mudou de roupa. Especificar que peças e local onde se encontram: |
| <input type="checkbox"/> Penteou, lavou, cortou ou pintou o cabelo | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Limpou as unhas | <input type="checkbox"/> Destruiu alguma peça de roupa |
| <input type="checkbox"/> Cortou as unhas | <input type="checkbox"/> Mudou de artigo sanitário de higiene pessoal |
| <input type="checkbox"/> Urinou | <input type="checkbox"/> Correu ou fez alguma atividade desportiva ou similar |
| <input type="checkbox"/> Defecou | <input type="checkbox"/> Teve outros contactos sexuais posteriores |
| <input type="checkbox"/> Comeu | <input type="checkbox"/> Menstruou depois da agressão |
| <input type="checkbox"/> Bebeu | <input type="checkbox"/> Tomou medicação |
| <input type="checkbox"/> Vomitou | <input type="checkbox"/> Foi submetida/o a alguma consulta ou tratamento médico |

OUTROS DADOS NA MULHER

- | | | | |
|---|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Idade da menarca | <input type="text"/> | Data última menstruação | <input type="text"/> |
| Idade da coitarca | <input type="text"/> | Duração ciclo menstrual | <input type="text"/> |
| Nº de gravidez(es) | <input type="text"/> | Complicações gravidez(es) | <input type="text"/> |
| Nº e tipo de parto(s) | <input type="text"/> | | |
| Nº e motivo de abortamento(s) | <input type="text"/> | | |
| Métodos contraceptivos | <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes cirúrgicos | | | |
| <input type="checkbox"/> Menstruação da vítima na data da colheita | | | |
| <input type="checkbox"/> Infecções de transmissão sexual | | | |
| <input type="checkbox"/> Contato sexual consentido até 5 dias antes do evento | | | |

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

Situações específicas:

☐ Abuso/Dependência de substâncias ☐ Álcool
☐ Drogas
☐ Outras substâncias (especificar)

☐ Comportamentos delinquentes

☐ Práticas abusivas prévias ☐ a Familiares
☐ a Desconhecidos

☐ Patologia psiquiátrica

☐ ITS's

☐ Outras (especificar)

Relação com a vítima: (especificar)

Anexo VII:
Formulário de Denúncia de Crime

FORMULÁRIO DE DENÚNCIA DE CRIME

Exmo./a Sr./a Procurador/a da República de

Atento o disposto nos artigos 262.º e 264.º e para efeito de denúncia nos termos do disposto no artigo 242.º, n.º 1, b), do Código do Processo Penal, vimos dar notícia do seguinte:

VÍTIMA

Nome

Data Nascimento Nacionalidade

Identificação: N.º Validade

Morada

Contactos

DENUNCIADO/A(S)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

TESTEMUNHA(S)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

FACTOS

Dia Hora Local

Descrição dos Factos:

(descrição genérica da violência, incluindo mecanismo; tipo; circunstâncias do evento traumático; sintomatologia e lesões, ciclo da violência, de acordo com informação prestada pela vítima e avaliada pelo/a profissional).

Frequência:

☐ Única ☐ Esporádica ☐ Reiterada (especificar local mais frequente)

ELEMENTO(S) QUE PODEM CONSUBSTANCIAR PROVA

- ☐ Formulário de Registo Clínico de Violência
- ☐ Fotodocumentação
- ☐ Vestígios recolhidos (incluindo Formulário de Cadeia de Custódia)

Nome do Profissional

Serviço/Unidade

Assinatura: Data: / /

Anexo VIII:
Programa do 1º Seminário organizado pela NACJR e EPVA Y
e convite para fazer parte da mesa

1º SEMINÁRIO

**NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (NACJR)
E EQUIPA PARA A PREVENÇÃO DA VIOLENCIA EM ADULTOS (EPVA)**
ODIVELAS – PONTINHA

**“PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLENCIA
AO LONGO DO CICLO DE VIDA”**



16 DE NOVEMBRO DE 2018 | 08H30 ÀS 17H30
AUDITÓRIO | PAÇOS DO CONCELHO
QUINTA DA MEMÓRIA

ORGANIZAÇÃO:



**GOVERNO DE
PORTUGAL**

ars|ivt
LIBERAR E CRIAR NO FUTURO



ACES LOURES
ODIVELAS

NACJR ODIVELAS-PONTINHA
EQUIPA PARA A PREVENÇÃO DA VIOLENCIA EM ADULTOS
ODIVELAS - PONTINHA

APOIO:

CÂMARA MUNICIPAL

Odivelas



PROGRAMA

8h30 – Abertura do Secretariado

09h15 – 1ª Mesa – Da conceção ao nascimento

Moderador: Teresa Teles, Técnica Superior do Serviço Social do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco Odivelas-Pontinha

“Vou ser mãe e agora”

Fátima Xarepe, Técnica Superior de Serviço Social do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Centro Hospitalar de Lisboa Central

“Nascimento positivo – a voz no silêncio”

Sónia Baião, Técnica Superior de Serviço Social do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Hospital Beatriz Ângelo

“Nascer migrante”

Fernanda Silva, Coordenadora do Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes de Lisboa

Debate

10h15 – Sessão de Abertura

Ileine Lopes, Diretora Executiva do ACES Loures Odivelas

Vasco Prazeres, Coordenador da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e da Ação de Saúde Sobre Género, Violência e Ciclo de Vida – Direção-Geral da Saúde

Luísa Horta e Costa, Interlocutora da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo para Ação de Saúde Sobre Género, Violência e Ciclo de Vida

Hugo Martins, Presidente da Câmara Municipal de Odivelas

10h45 – Momento Cultural pelo Agrupamento de Escolas Vasco Santana

11h00 – Coffee break

11h30 – 2ª Mesa – Parentalidade Positiva

Moderador: Dina Oliveira, Enfermeira do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco Odivelas-Pontinha

“Ajudar nos primeiros passos”

Fátima Silva, |Psicóloga da Ajuda de Mãe

“Tenho o direito a ser criança com saúde”

Bárbara Menezes, Coordenadora do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da Direção-Geral da Saúde

“Parentalidade positiva”

Rute Agulhas, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa e Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

Debate

12h30 – Almoço Livre

14h00 – 3ª Mesa – Adolescências

Moderador: Pedro Aires Fernandes, Gabinete de Saúde da Câmara Municipal de Odivelas

“Os desafios da adolescência”

Luís Anselmo, XNC Experienciar

“Gosto tanto dele/a, e agora?”

Anabela Cravinho, Jurista do Gabinete de Apoio à Vítima de Odivelas

“O impacto da violência doméstica no sucesso escolar”

Miguel Rodrigues, Doutor em Educação, Investigador CEIED, Chefe da PSP

“Adolescência – oportunidades e desafios na intervenção da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens”

Fernanda Pina, Presidente da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Odivelas

Debate

15h00 – Momento Cultural pela Escola Secundária da Ramada

15h15– Coffee break

15h30 – 4ª Mesa – As questões da violência na idade adulta

Moderador: Natércia Gonçalves, Enfermeira da EPVA Odivelas-Pontinha

“A Violência doméstica”

Sara Moreira, Técnica Superior do Núcleo de Violência Doméstica/ Violência de Género da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

“(Des)ocultar a violência na idade da sabedoria”

Julietta Costa, Enfermeira Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Saúde do Idoso

“O peso do silêncio / o medo da denúncia – os motivos para não denunciar”

Associação Mulheres Contra a Violência

“Sigilo profissional “vs” Obrigatoriedade de denúncia”

Procuradoria da República Comarca de Lisboa Norte (a confirmar)

Debate

17h- Sessão de Encerramento

Cristina Brás, Enfermeira Diretora do ACES Loures-Odivelas

Isabel Matos, Coordenadora da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do ACES Loures Odivelas

Objetivo Geral:

Sensibilizar para a prevenção da violência ao longo do ciclo de vida.

Objetivos Específicos:

Contextualizar as problemáticas da violência e maus tratos no âmbito da promoção da Saúde no Concelho de Odivelas;

Desocultar a violência nas suas diferentes vertentes;

Salientar o papel do profissional de saúde na deteção, identificação, referenciação e acompanhamento às situações;

Valorizar as intervenções realizadas na comunidade.

Destinatários:

Profissionais que desempenhem funções nestas áreas, nomeadamente, Médicos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Educadores Sociais, Psicólogos, Professores, Estudantes das referidas áreas, outros que tenham interesse em desenvolver conhecimento nestas matérias.

Comissão Organizadora – NACJR e EPVA Odivelas-Pontinha

Dina Oliveira, Helena Falcão, Natércia Gonçalves, Teresa Teles, Vanessa Silva

Convite para preleção - 1º Seminário do NACJR e EPVA [REDACTED]

NACJR [REDACTED] | ACES [REDACTED]

qui 05-07-2018 15:47

Para: Maria Julieta Araujo da Costa | UCSP [REDACTED] <[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt>;

Cc: [REDACTED] UCSP [REDACTED] <[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt>;

Importância: Alta

 1 anexos (358 KB)

1º Seminário do NACJR e EPVA de [REDACTED].pdf;

Exma. Senhora Enfermeira Julieta Costa

O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos [REDACTED] encontram-se a organizar o **1º Seminário do NACJR e EPVA [REDACTED]**, intitulado *"Promoção da Saúde e Prevenção da Violência ao Longo do Ciclo de Vida"* com o objetivo de sensibilizar para a prevenção da violência ao longo do ciclo de vida.

O evento irá decorrer no dia **16 de novembro de 2018**, no Auditório dos Paços do Concelho da Câmara Municipal de [REDACTED], de acordo com o programa provisório em anexo.

Neste sentido, endereça-se convite para participação de V. Exa. na mesa *"As questões da violência na idade adulta"*, com uma preleção de cerca de 15 minutos sobre o tema *"(Des)ocultar a violência na idade da sabedoria"*, com início previsto para as 15h30.

Esperamos contar com a Sua participação e agradecemos confirmação até ao dia 30 de julho.

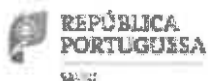
Gratas pela atenção dispensada.

Disponíveis para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos

O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco [REDACTED] e Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos [REDACTED]

Rua [REDACTED], s/nº
[REDACTED]



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Anexo IX:
Comprovativo da Menção Honrosa obtido
nas V Jornadas do ACES Médio Tejo

CERTIFICADO

V JORNADAS ACES MÉDIO TEJO

OS NOVOS AVÓS

É conferida a Menção Honrosa a

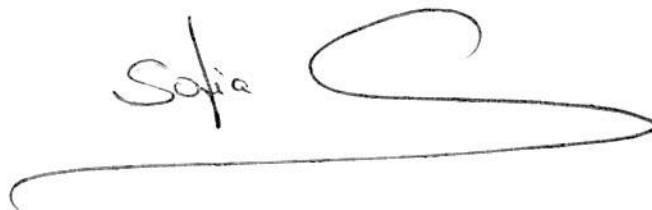
Maria Julieta Acazso da Costa

que participou com o Poster

«Fluxograma de Atuação em situações de Suspeita de Violência Doméstica no Idoso»,
apresentada nas V Jornadas ACES Médio Tejo - OS NOVOS AVÓS,
que decorreram no Cineteatro de São Pedro - Abrantes,
nos dias 24 e 25 de Janeiro de 2018.

Abrantes, 25 de Janeiro de 2018

A Diretora Executiva



Anexo X:
Comprovativo de participação nas comunicações Livres do III
Congresso Nacional de Cuidados Continuados Integrados e I
Conferência de Hospitalização Domiciliária, com a comunicação
oral “Proposta de Fluxograma de Atuação em Situações de
Suspeita de Violência Doméstica na Pessoa Idosa”

DECLARAÇÃO

A FORMASAU, Formação e Saúde, Lda., declara para os devidos efeitos que:

Maria Julieta Araujo Costa

Helena Isabel Falcao

Emilia Brito

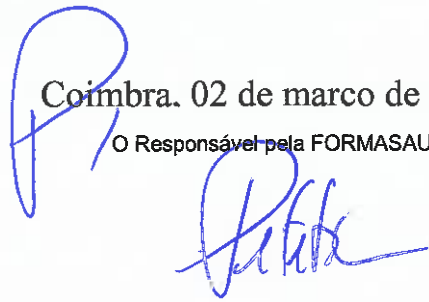
Participaram com a apresentação de uma **COMUNICAÇÃO ORAL** com o título:
Proposta de fluxograma de atuação em situações de suspeita de violência doméstica na pessoa idosa

no **III Congresso Nacional de Cuidados Continuados Integrados & I Conferência de Hospitalização Domiciliária. Cuidados de Saúde de Proximidade**, que decorreu nos dias **1 e 2 de Março de 2018**, no Auditório da AICCOPN (Auditório dos Industriais de Construção Civil e Obras Públicas), no Porto.

Por ser verdade e para que conste se passa a presente declaração que vai ser assinada e autenticada com o carimbo da FORMASAU.

Coimbra. 02 de marco de 2018

O Responsável pela FORMASAU



ENTIDADE
FORMADORA
CERTIFICADA

SAÚDE
• Saúde
• Enfermagem

Declaração Nº **2096 / 2018**

APÊNDICES

Apêndice I:
Análise e resultados dos questionários aos enfermeiros da UCC

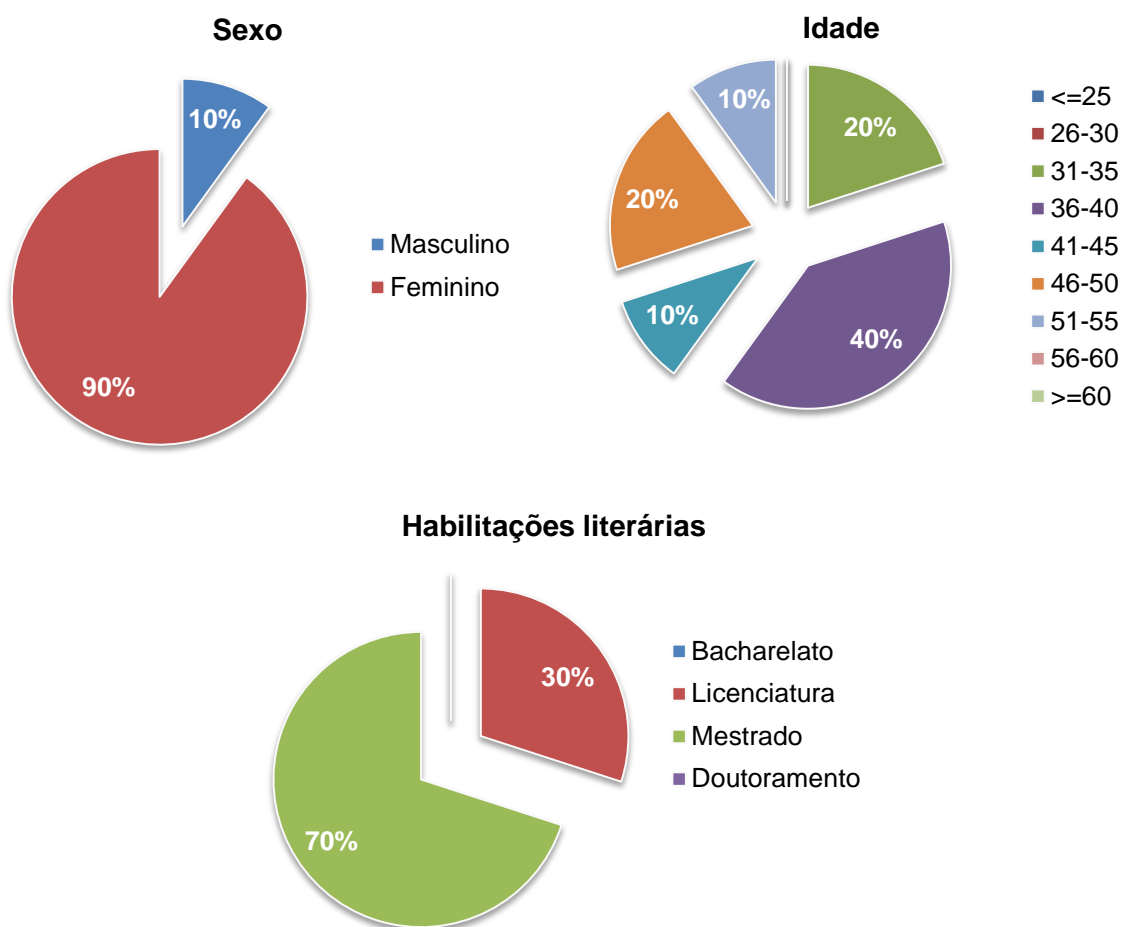
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA PESSOA IDOSA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Análise e resultados dos questionários aos Enfermeiros

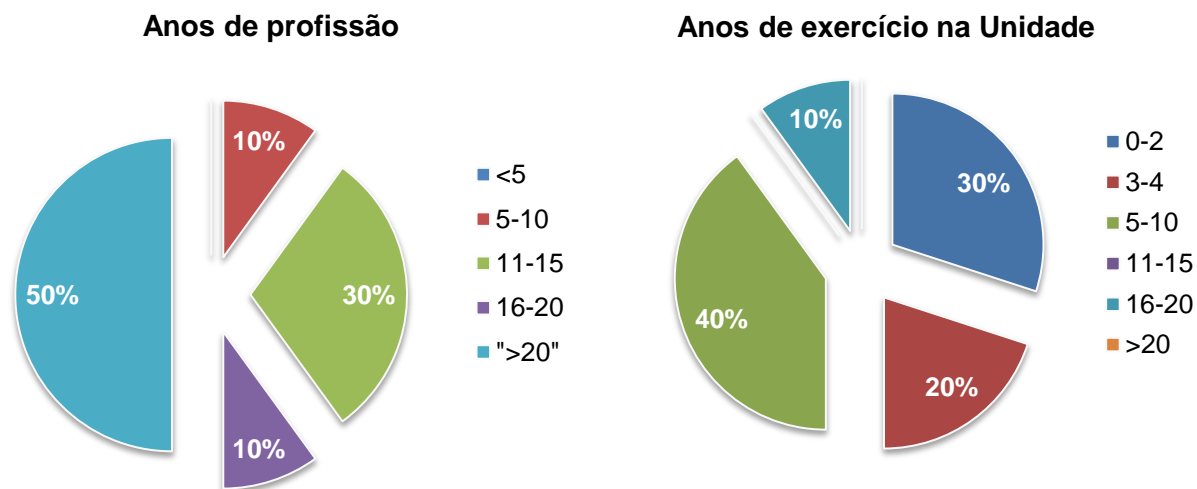
O presente estudo teve como universo de aplicação 10 enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados (UCC): 3 destes da equipa de Saúde Escolar e 7 da Equipa de Cuidados Continuados Integrados/Equipa de Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

1. Caraterização dos participantes

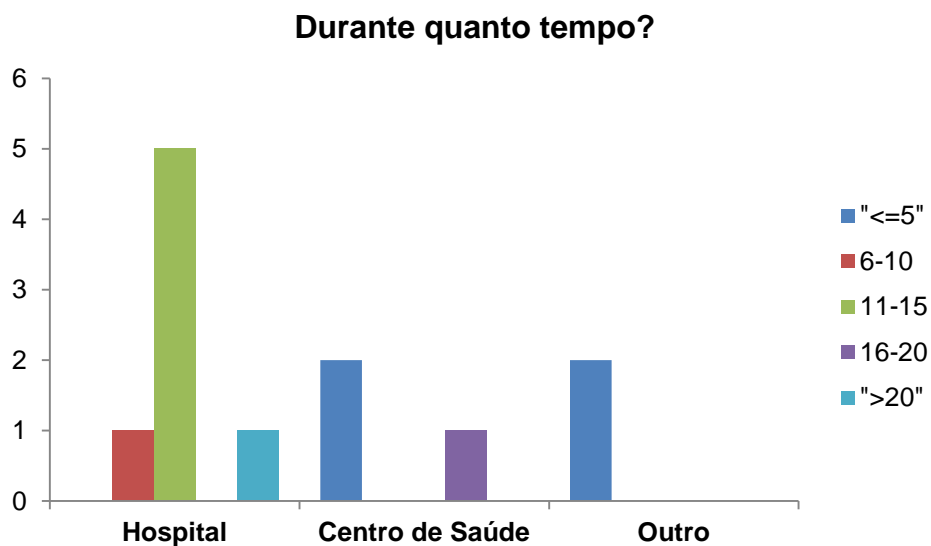
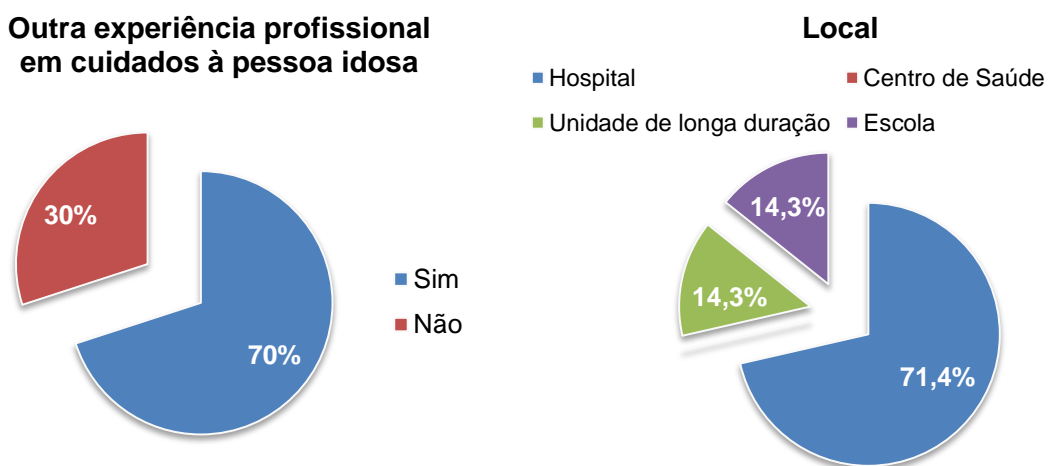
A população inquirida é constituída por Enfermeiros, 10% de homens e 90% de mulheres, com idades maioritariamente entre os 30 e os 40 anos (40%), habilitados predominantemente com Mestrado (70%).



A maioria dos Enfermeiros inquiridos exerce a profissão há mais de 20 anos. Na UCC, 40% exerce entre 5 a 10 anos e 30% há menos de 3 anos.



70% já teve outra experiência profissional em cuidados à pessoa idosa (PI), maioritariamente no Hospital (71,4%), entre 11 a 15 anos.



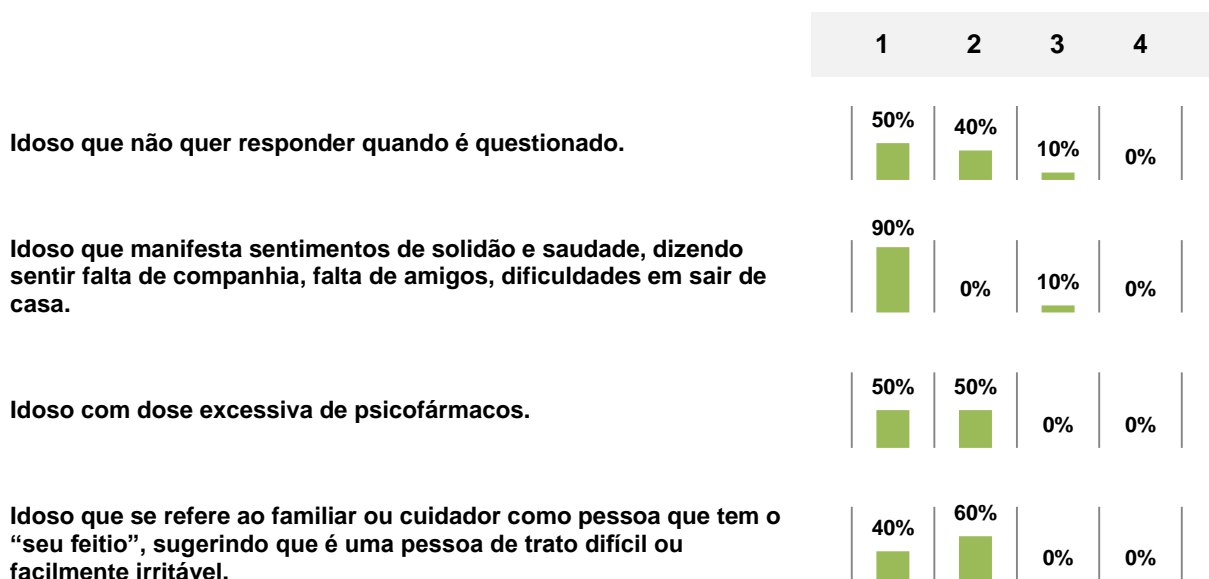
2. Opinião dos enfermeiros relativamente ao tema da violência exercida sobre a pessoa idosa

2.1. Sensibilização para as situações de violência

Quanto ao grau de importância e de atenção que os inquiridos, tendo em conta a sua prática profissional na UCC, atribuem a situações que podem indiciar violência contra a pessoa idosa, com que se possam deparar, os resultados demonstram que, de uma forma geral, os mesmos consideram relevante e digno de atenção, a presença de fatores de risco como o elevado grau de dependência, o isolamento, a sobrecarga do cuidador; bem como a presença de sinais subjetivos e objetivos de suspeita de violência contra a PI.

Avaliam, no entanto, com maior relevância as seguintes situações: o “Idoso que demonstra algum receio na presença do cuidador/familiar/pessoa significativa” (100% avaliam com muito relevante); o “Idoso cujo comportamento muda na presença do cuidador/familiar/pessoa significativa” (100% assim distribuídos: 90% avaliam como muito relevante e 10% avaliam com relevante); o “Idoso com antecedentes de fraturas, lesões, infeções urinárias” (100% assim distribuídos: 90% avaliam como muito relevante e 10% avaliam com relevante); o “Cuidador/familiar/pessoa significativa com comportamentos aditivos” (100% assim distribuídos: 90% avaliam como muito relevante e 10% avaliam com relevante).

Foi aplicada a seguinte escala de avaliação: 1 – Muito relevante; 2 – Relevante; 3 – Pouco relevante; e 4 – Nada relevante.



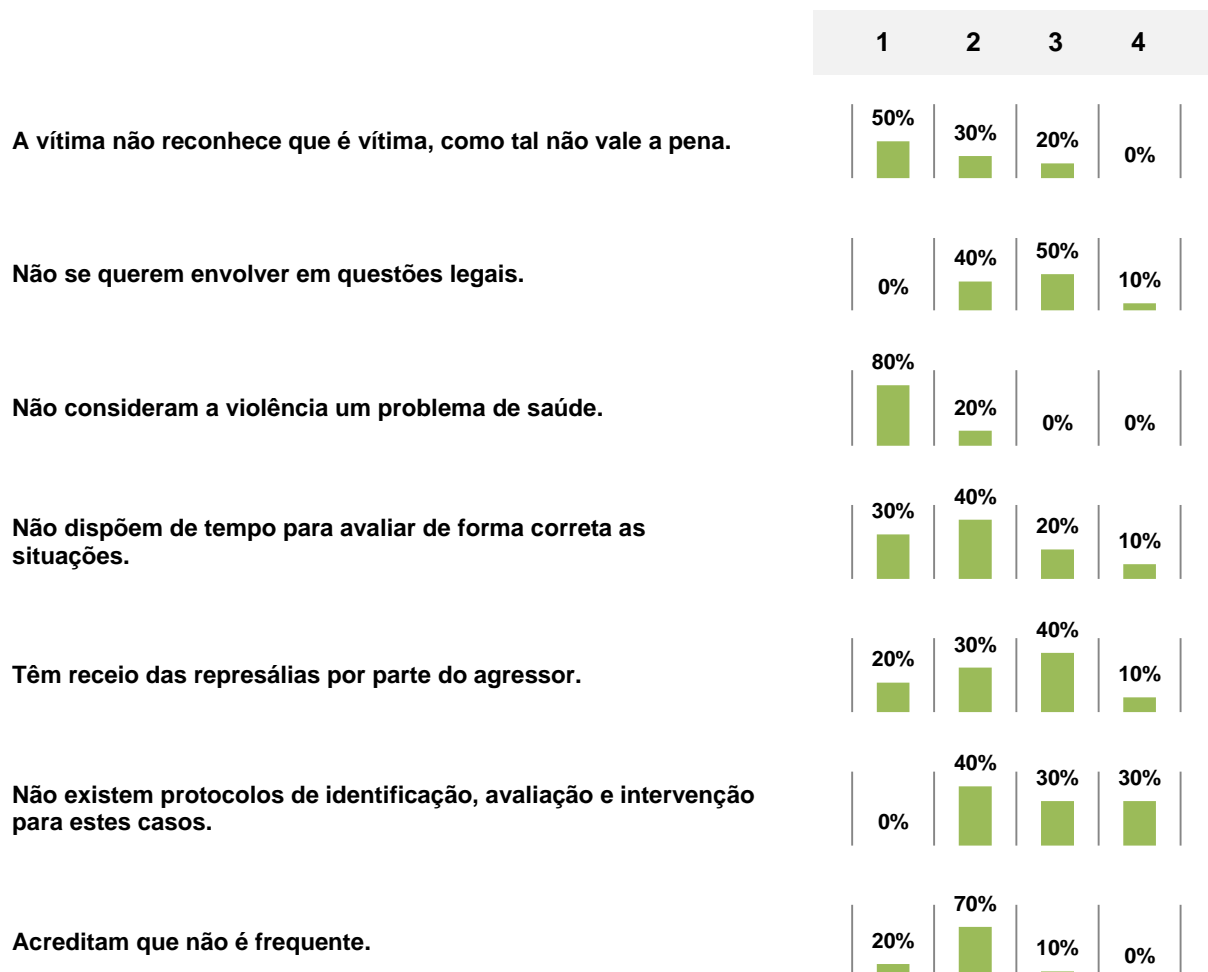


2.2. Notificação de situações de violência

Quando questionados por que acham que é difícil para os profissionais notificarem as situações de violência, os inquiridos, de uma forma geral, consideram que é difícil essa notificação, porque “Não se querem envolver em questões legais” (60%, assim distribuídos: 50% concordam e 10% concordam fortemente); ou porque “Não existem protocolos de identificação, avaliação e intervenção para estes casos” (60%, assim distribuídos: 30% concordam e 30% concordam fortemente); ou porque “Têm receio das represálias por parte do agressor” (50%, assim distribuídos: 40% concor-

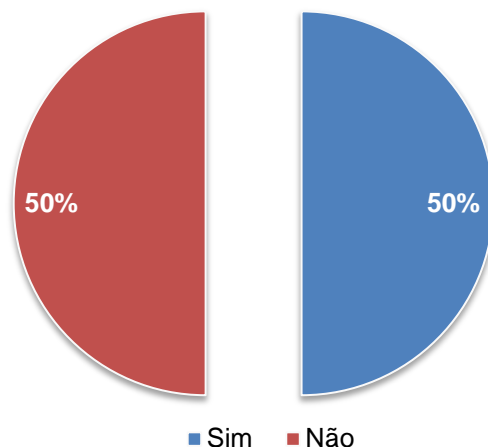
dam e 10% concordam fortemente). No entanto, todos discordam que uma das dificuldades se deva a que “Não consideram a violência um problema de saúde” (100%, assim distribuídos: 80% Discordo fortemente e 20% Discordo).

Foi aplicada a seguinte escala de classificação: 1 – Discordo fortemente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; e (4) Concordo fortemente.



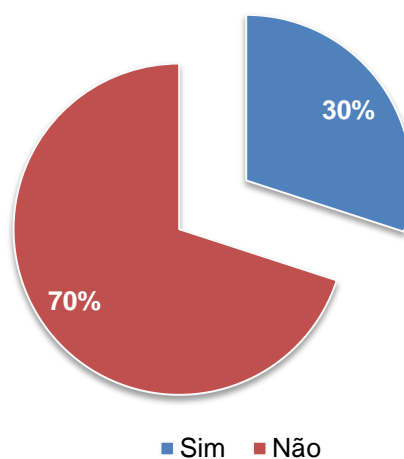
2.3. Formação na área da violência

50% dos inquiridos já teve alguma formação na área da violência, os quais indicaram como temas abordados: Seminários e *workshops* em especial dirigidos às crianças/jovens; Violência Sexual; No âmbito da violência Doméstica/Namoro; Como denunciar.

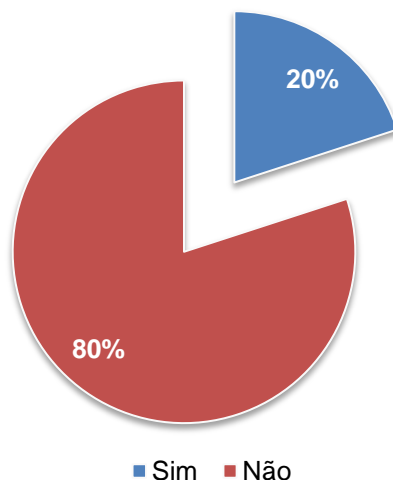


2.4. Formação na área da violência sobre a pessoa idosa

Dos inquiridos, só 30% já teve alguma formação na área da violência contra a PI, as quais tiveram como temas: palestras alusivas à violência no idoso; jornal club; direitos das pessoas idosas; reconhecimento dos sinais de violência; como proceder a denúncia; formas de prevenção.



2.5. Já alguma vez se viu confrontado(a), na sua prática, com alguma situação que suspeitasse de violência sobre o idoso(a)?

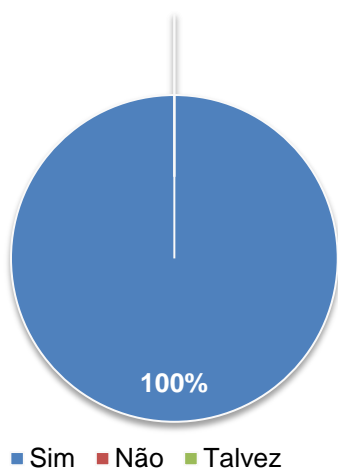


Apenas 20% dos inquiridos já se viu confrontado(a), na sua prática, com alguma situação que suspeitasse de violência sobre o idoso(a). ... **Quando questionada a forma como se procedeu** referem: Foi contactada a assistente social da unidade e encaminhada a situação; Articulação com o apoio social e entidades de apoio na vertente da violência. **Questionadas as dificuldades encontradas** referem: Ausência de resposta de acordo com as necessidades identificadas.

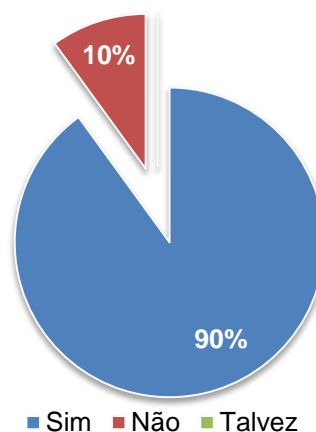
2.6. Pertinência de formação área da violência sobre a pessoa idosa

Apesar de unanimemente considerarem pertinente haver formação na área da violência sobre a PI, 10% referiu que não gostaria de receber formação nesta área.

Pertinente haver formação na área de violência sobre o idoso(a)?

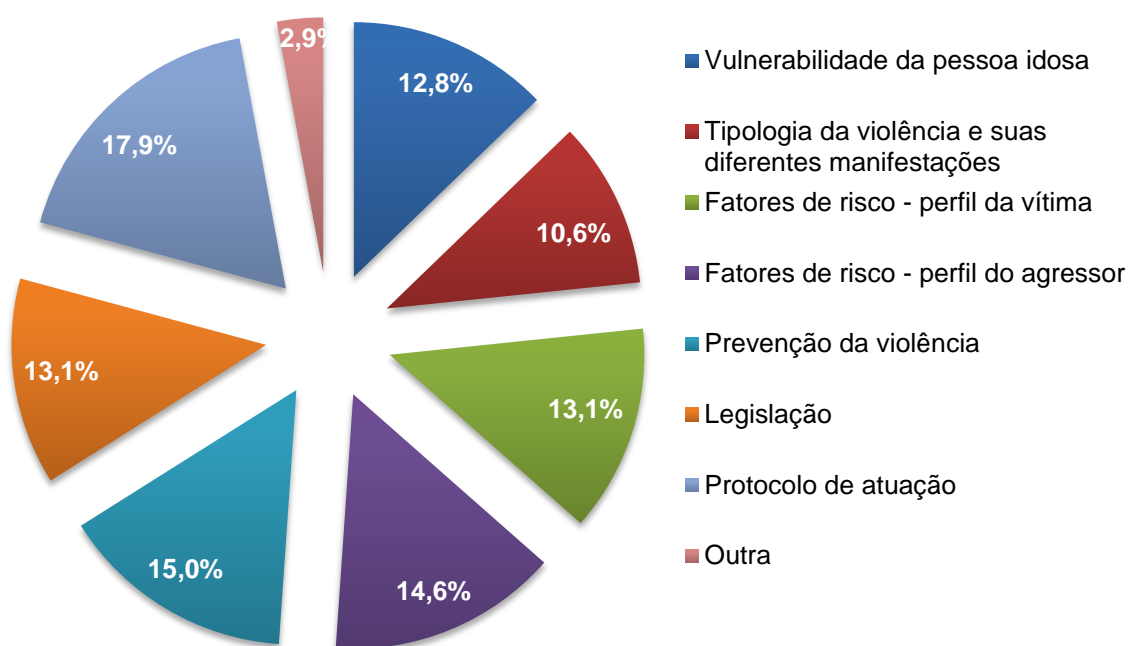


Gostaria de receber formação na área de violência sobre o idoso(a)?



2.7. Questões mais pertinentes a aprofundar na área da violência contra a pessoa idosa

Relativamente a que questões, referentes à violência contra a PI, os inquiridos pensam ser mais pertinentes aprofundar, a opção de preferência que obteve a melhor classificação foi a questão “**Protocolo de atuação**”, com 17,9%, seguindo-se a “Prevenção da violência”, com 15% e “fatores de risco – perfil do agressor” com 14,6%. Estes valores foram obtidos a partir da classificação média das opções, enumeradas por grau de importância crescente.



ANEXOS

Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

Este documento, designado de Consentimento, Informado, Livre e Esclarecido, contém informação relativamente ao inquérito para o qual foi solicitada a sua colaboração. Por favor, leia atentamente toda a informação aqui contida. Deve sentir-se livre para colocar qualquer questão.

Título do projeto: Prevenção da violência doméstica na pessoa idosa: intervenções de enfermagem.

Objetivo: Identificar as necessidades formativas na área da violência exercida contra a pessoa idosa, em contexto domiciliário.

Método: Aplicação de questionários na fase de diagnóstico das necessidades formativas dos enfermeiros que exercem funções em contexto comunitário e posteriormente no final do projeto, na avaliação do mesmo.

A sua participação é voluntária, pelo que existe a possibilidade de recusar-se a participar neste estudo em qualquer momento do processo.

Confidencialidade e anonimato: A aplicação do questionário será anónima, estando salvaguardada a confidencialidade da informação recolhida.

Para qualquer questão ou dúvida relacionada com a sua participação neste estudo, por favor não hesite em contactar: M^a Julieta Costa - XXXXXXXXX

Grata pela sua colaboração

Assinatura do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Declaro que li o presente documento e aceito participar voluntariamente neste projeto. Permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas. Foi-me dada uma cópia deste documento.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data

Este documento é composto de 2 páginas e feito em duplicado:
uma via para a responsável do projeto, outra para a pessoa que o consente.

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA PESSOA IDOSA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Caro colega, na qualidade de mestranda do curso de Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e no âmbito da disciplina Opção II, solicito a sua colaboração para o preenchimento do questionário abaixo, para identificar as necessidades formativas dos enfermeiros na área da violência exercida contra a pessoa idosa, em contexto domiciliário. O questionário encontra-se dividido em duas partes: na primeira parte pretendo recolher informação sobre dados sociodemográficos, e na segunda pretendo compreender a opinião dos enfermeiros para o tema da violência exercida sobre a pessoa idosa.

Desde já me comprometo a respeitar os princípios éticos, sendo que a aplicação do questionário será anónima, estando salvaguardada a confidencialidade da informação recolhida e a possibilidade de não responder a alguma questão.

A violência sobre os idosos é uma problemática pouco avaliada e monitorizada. Na maioria dos casos ocorre “dentro de portas”, no contexto íntimo das famílias.

Estudos apontam para o facto de a violência visível, reportada às instituições de proteção, poder ser apenas uma pequena percentagem quando comparada com a violência não reportada. De forma ainda mais camuflada, existirão vários casos de violência sobre os idosos, que nem sequer são identificados e muito menos reportados.

A prática diária de enfermagem permite entrar na intimidade do lar e são os membros desta, frequentemente, as únicas pessoas, fora da família, que mantêm um contacto contínuo com a pessoa idosa. Tal responsabilidade faz com que sejam muitas vezes confrontados com situações, contextos de vida, que sugerem a vivência de violência sobre a pessoa idosa para o qual o enfermeiro deve estar desperto.

QUESTIONÁRIO

1ª Parte

Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

Idade: _____

Habilitações literárias:

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutorado

Anos de profissão: _____ **Anos de exercício na unidade:** _____

Outra experiência profissional em cuidados à pessoa idosa:

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual o local:

☐ Hospital. Durante quanto tempo? _____

☐ Centro de Saúde. Durante quanto tempo? _____

☐ Outro. Qual? _____

Durante quanto tempo? _____

2ª Parte

1- Tendo em conta a sua prática profissional na UCCI, **classifique de 1 a 4, o grau de importância e de atenção**, que atribui quando se depara com as seguintes situações:

(1) Muito relevante (2) relevante (3) Pouco relevante (4) Nada relevante

- () Idoso que não quer responder quando é questionado.
- () Idoso que manifesta sentimentos de solidão e saudade, dizendo sentir falta de companhia, falta de amigos, dificuldades em sair de casa.
- () Idoso com dose excessiva de psicofármacos.
- () Idoso que se refere ao familiar ou cuidador como pessoa que tem o “seu feitio”, sugerindo que é uma pessoa de trato difícil ou facilmente irritável.
- () Idoso cujo comportamento muda na presença do cuidador/familiar/pessoa significativa.
- () Idoso com elevado grau de dependência.
- () Idoso que demonstra algum receio na presença do cuidador/familiar/pessoa significativa.
- () Idoso com antecedentes de fraturas, lesões, infeções urinárias.
- () Cuidador/familiar/pessoa significativa que cria obstáculos a que a pessoa idosa tenha apoio domiciliário, ou seja visitada por qualquer outro profissional, incluindo o enfermeiro.
- () Cuidador/familiar/pessoa significativa que se esquece facilmente das consultas da pessoa idosa.
- () Cuidador/familiar/pessoa significativa que manifesta stress ou queixa-se de sobrecarga nos cuidados que presta.
- () Cuidador/familiar/pessoa significativa que responde pela pessoa idosa e demonstra uma atitude muito protetora impedindo uma interação direta sem a sua vigilância.
- () Cuidador/familiar/pessoa significativa que não informa a equipa de saúde sobre as alterações de saúde (como as quedas ocorridas).
- () Cuidador/familiar/pessoa significativa com comportamentos aditivos.

2- Classifique de 1 a 4, por grau de concordância.

(1) *Discordo fortemente* (2) *Discordo* (3) *Concordo* (4) *Concordo fortemente*

Na sua opinião, é difícil para os profissionais reportarem as situações de violência porque...

- ☐ A vítima não reconhece que é vítima, como tal não vale a pena.
- ☐ Não se querem envolver em questões legais.
- ☐ Não consideram a violência um problema de saúde.
- ☐ Não dispõem de tempo para avaliar de forma correta as situações.
- ☐ Têm receio das represálias por parte do agressor.
- ☐ Não existem protocolos de identificação, avaliação e intervenção para estes casos.
- ☐ Acreditam que não é frequente.

3- Já teve alguma formação na área da violência?

- ☐ Não
- ☐ Sim Se sim, qual? _____

4- Já teve alguma formação na área da violência sobre a pessoa idosa?

- ☐ Não
- ☐ Sim Se sim, qual foi o tema? _____

5- Já alguma vez se viu confrontado(a), na sua prática, com alguma situação que suscitasse de violência sobre o idoso(a)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, como procedeu? _____

Que dificuldades encontrou? _____

6- Acha pertinente haver formação nesta área?

☐ _____ ☐ _____ ☐

Sim Talvez Não

7- Gostaria de receber formação nesta área?

☐ _____ ☐ _____ ☐

Sim Talvez Não

8- Quais as questões, referentes à violência na pessoa idosa, que pensa serem mais pertinentes aprofundar? (**Enumere por grau de importância crescente**):

() Vulnerabilidade da pessoa idosa

() Tipologia da violência e suas diferentes manifestações

() Fatores de risco - perfil da vítima

() Fatores de risco - perfil do agressor

() Prevenção da violência

() Legislação

() Protocolo de atuação

() Outra _____

Grata pela colaboração

Julieta Costa

Apêndice II:
Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Internos	FORÇAS <ul style="list-style-type: none"> • Força motivadora para aprendizagem; • Gosto pela temática da violência; • Necessidade de esclarecer algumas dúvidas/inquietações resultantes da prática. 	FRAQUEZAS <ul style="list-style-type: none"> • Ser um elemento externo à equipa; • Desconhecimento dos recursos da comunidade; • Inexperiência na área da violência.
Fatores Externos	OPORTUNIDADES <ul style="list-style-type: none"> • Problemática atual e pertinente; • Necessidade de formação identificada pela maioria dos enfermeiros; • Alguns elementos motivados para temática. 	AMEAÇAS <ul style="list-style-type: none"> • Escassez de recursos humanos; • Equipa com outros projetos em simultâneo; • Tempo limitado do estágio; • Alguns elementos desmotivados e pouco disponíveis para preenchimento de mais um instrumento de avaliação.

Apêndice III:
Plano de atividades e cronograma do projeto

PLANO DE ATIVIDADES E CRONOGRAMA

1. PLANO DE ATIVIDADES

1º Objetivo Geral

Desenvolver competências de mestre e enfermeira especialista em enfermagem Médico-cirúrgica no cuidar da pessoa idosa e sua família, em diferentes contextos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1. Aprofundar os conhecimentos sobre os cuidados à pessoa idosa e família	<ul style="list-style-type: none">• Pesquisa bibliográfica.	<ul style="list-style-type: none">• Tempo;• Computador;• Orientador• Biblioteca.	<ul style="list-style-type: none">• Relatório de estágio.• Descreve os resultados de pesquisa, nomeadamente em relação: processo de envelhecimento; avaliação multidimensional; Intervenção em parceria com a pessoa idosa e família;
2. Analisar a prática de cuidados do enfermeiro especialista à pessoa idosa e família.	<ul style="list-style-type: none">• Construção de uma grelha de observação;• Observação participativa nos cuidados;• Análise dos registos.	<ul style="list-style-type: none">• Tempo de prestação de cuidados;• Enfª orientador.	Levantamento de: <ul style="list-style-type: none">• Como é a interação enfª pessoa idosa;• Como é realizada a avaliação da pessoa;• Como identificam os fatores de risco• Como intervêm.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
3. Prestar de cuidados à pessoa idosa e família, nos diferentes serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Realização da avaliação multidimensional da pessoa idosa; • Planeamento das intervenções de enfermagem tendo como modelo de intervenção o modelo de parceria nos cuidados • Prestação direta de cuidados à pessoa e família, tendo como modelo de intervenção o referido modelo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de prestação de cuidados; • Enf^a orientadora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plano de cuidados centrado na pessoa e na família; • Prestação de cuidados fundamentados em evidências científicas; • Registos de enfermagem; • Estudos de caso (2); • Diário de campo (dos casos mais complexos)

2º Objetivo Geral

Contribuir para o desenvolvimento das competências das equipes de enfermagem e das ajudantes de ação direta para a prevenção da violência das pessoas idosas no domicílio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1. Divulgar o projeto nos diferentes campos de estágio	<ul style="list-style-type: none">• Reunião com enf^a coordenadora para análise e discussão do projeto e pedido de autorização;• Reunião com a equipa para sensibilização para o projeto.• Reunião com os responsáveis das IPSS que trabalham em articulação com UCC e que prestam apoio domiciliário.	<ul style="list-style-type: none">• Tempo;• Espaço físico;• Data show;• Computador;• Enf^{os}.	<ul style="list-style-type: none">• Ata da reunião com enf^a-coordenadora com as estratégias acordadas;• % Enf^{os} presentes;• Ata das reuniões com os responsáveis das IPSS;• Identificação dos enfermeiros que se proponham a colaborar com o projeto.
2. Aprofundar os conhecimentos na área da violência à pessoa idosa.	<ul style="list-style-type: none">• Pesquisa bibliográfica;• Revisão scoping;• Orientações tutoriais;• Participação em conferências e congressos.	<ul style="list-style-type: none">• Tempo;• Bibliotecas;• Computador;• Bases de dados.	<ul style="list-style-type: none">• Elaboração de um dossiê, com toda documentação sobre o assunto, onde se inclui os instrumentos de avaliação de risco e protocolo de atuação.• Análise e reflexão das conferências e congressos que tenha participado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
3. Prestar cuidados à pessoa idosa e família mobilizando os conhecimentos adquiridos.	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados diretos; • Construção da grelha de observação dos fatores de risco para a violência • Utilização da grelha de observação dos fatores de risco para a violência; • Realização de um estudo de caso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de prestação de cuidados; • Computador; • Tempo para realização dos estudos de caso 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo de caso em se explora a avaliação do risco; • Reflexão sobre a prática de cuidados, segundo o ciclo de Gibbs.
4. Desenvolver competências das equipas de enfermagem para identificar as situações de risco de violência	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de um programa de formação para equipa de enfermagem (baseado nas necessidades identificadas nos inquéritos); • Divulgação e fornecimento da grelha de observação dos fatores de risco à pessoa idosa; • Divulgação do <i>Elder Assessment Instrument</i> como instrumento de avaliação de risco de violência contra pessoa idosa; • Apresentação do estudo de caso; • Discussão das prioridades e das estratégias de melhoria da prática a partir do estudo de caso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo; • Computador; • Espaço físico; • Filmes; • Portfólio; • Grelha de observação 	<ul style="list-style-type: none"> • % Presenças dos enf^{os}; • Conhecimentos demonstrados; • O que se identificou como consensual e como se pode traduzir em uma oportunidade de melhoria da prática; • Nº de sessões de formação

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
5. Implementar avaliação do risco de violência	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação da grelha de observação dos fatores de risco; • Aplicação do instrumento de avaliação: Elder Assessment Instrument (EAI) traduzido e validado para população portuguesa (índice de avaliação de maus-tratos e abuso à pessoa idosa), nos utentes identificados com a presença de fatores de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Portfólio contendo: • Grelha com fatores de risco; • Instrumentos de avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> • % Utilizações da grelha de observação dos fatores de risco; • % Idosos sinalizados com fatores de risco. • % Instrumentos de avaliação utilizados; • % Pessoas idosas identificadas como vítimas de violência.
6. Adequar as estratégias de intervenção de acordo avaliação do risco de violência	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenção de acordo com o algoritmo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fluxograma 	<ul style="list-style-type: none"> • % Pessoas idosas intervencionadas com êxito • % Pessoas Idosas intervencionadas sem êxito.
7. Sensibilizar as ajudantes de ação direta para identificação das situações de risco de violência	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das necessidades formativas através das reuniões com as técnicas responsáveis pelas IPSS; • Implementação de um programa de formação para ajudantes domiciliárias, (baseado nas necessidades identificadas) com, no mínimo, 2 formações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo; • Computador; • Espaço físico; • Filmes 	<ul style="list-style-type: none"> • % Presenças de ajudantes; • Conhecimentos demonstrados.

2. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	2017										2018	
	MAR.	ABR.	MAIO	JUN.	JUL.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	JAN.	FEV.	
FASE DE DIAGNÓSTICO												
Reunião com enf-chefes para negociar o projeto e os tempos de estágio	X											
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
Elaboração e aplicação do questionário aos enf ^{os} da ECCI/ECSCP		X	X									
Análise dos dados				X								
FASE DE DESENVOLVIMENTO												
Reunião com a equipa para divulgação do projeto							X				X	
Reunião com as técnicas responsáveis pelas IPSS								X				
Observação direta dos cuidados e análise dos registos							X	X	X		X	X
Prestação de cuidados diretos à pessoa e família							X	X	X	X	X	X
Aplicação da grelha de observação dos fatores de risco para a violência									X			
Aplicação do Elder Assement Instrument (EAI)									X	X		
Formações à ECCI/ECSCP: discussão das práticas									X	X		

ATIVIDADES	2017										2018	
	MAR.	ABR.	MAIO	JUN.	JUL.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	JAN.	FEV.	
Construção de um fluxograma de atuação e guia orientador									X			
Apresentação do fluxograma										X		
Intervenção de acordo com fluxograma										X	X	
Formações às ajudantes de ação direta									X	X		
FASE DE AVALIAÇÃO												
Avaliação da implementação da avaliação de risco											X	
Avaliação das intervenções instituídas de acordo com o fluxograma											X	
Orientações tutoriais							X	X	X	X	X	X
Reflexão sobre as competências adquiridas							X	X	X	X	X	X
Relatório							X	X	X	X	X	X

LEGENDA:

Estágio na ECCI/ECSCP



Estágio no SUG



Apêndice IV:
Revisão Scoping

RELATÓRIO DA REVISÃO SCOPING

Título da revisão *scoping*: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa, em contexto domiciliário: Uma Revisão *Scoping*.

Autor: Maria Julieta Costa – Aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

Endereço de correio eletrónico para correspondência:
maria.costa@campus.esel.pt.

Introdução

A realização de um protocolo de revisão *scoping* surgiu como proposta para enquadrar e compreender o fenómeno da violência doméstica contra a pessoa idosa (PI). Neste sentido, procurámos encontrar uma questão que nos inquietasse, partindo do tema do projeto.

Ao contrário de outras revisões, que abordam questões relativamente precisas, como uma revisão sistemática sobre a eficácia de uma intervenção específica, com base num conjunto preciso de resultados, as revisões *scoping* são realizadas para mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa, bem como para esclarecer definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico. Visto que permite indicar possíveis lacunas na literatura, este tipo de revisão pode ser usado para fornecer orientação para a revisão sistemática ou revisões subsequentes, e pode ser importante para ajudar os revisores a identificarem e definirem questões mais precisas e critérios de inclusão adequados, bem como as intervenções, comparações e resultados com interesse. Ao contrário das revisões sistemáticas, as revisões *scoping* fornecem uma visão geral das evidências científicas existentes, independentemente da qualidade. Isso acontece porque as revisões *scoping* visam fornecer um mapeamento das evidências científicas que foram produzidas e não procuram a melhor evidência científica disponível para responder a uma pergunta específica relacionada com a política e a prática (*The Joanna Briggs Institute*, 2015). Concretamente, esta revisão permitiu-nos conhecer os estudos existente sobre a temática da violência contra a PI, clarificar alguns conceitos relativos as diferentes tipologias de violência e definir as fronteiras sobre o tema.

Definimos como objetivo geral desta revisão:

- Mapear as intervenções de enfermagem para prevenir a violência contra a PI, em contexto domiciliário.

Mais especificamente nesta revisão *scoping* pretendemos responder às seguintes questões:

- Como podem os enfermeiros prevenir os fenómenos de violência contra a PI, em contexto domiciliário?

- Quais as intervenções do enfermeiro no domicílio, ao nível da prevenção¹ da violência doméstica?

Para a realização desta revisão *scoping*, procurámos seguir as etapas definidas pelo Instituto Joanna Briggs (JBI, 2015), pelo que a estrutura do presente trabalho obedece a essa mesma sequência.

1. Objetivo

O objetivo desta revisão *scoping* é mapear as intervenções de enfermagem para prevenir a violência contra a PI, em contexto domiciliário.

2. Questão

Tendo em conta a temática do projeto definimos como questão: Quais as intervenções do enfermeiro no domicílio, ao nível da prevenção da violência doméstica?

Palavras-chave: Enfermeiros, profissionais de saúde, Idosos, violência, prevenção.

3. Background

A organização mundial de saúde adotou na “Declaração de Toronto para a prevenção do Mau trato a Pessoas Idosas” a definição de violência contra a PI, proposta pela “*Action on Elder Abuse*”, em 1995, como sendo qualquer ato, isolado ou repetido ou a ausência de ação apropriada que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano, ou incómodo a uma pessoa idosa (World Health Organization [WHO]/ International Network for the Prevention of Elder Abuse [INPEA] 2002).

¹ Atualmente ao nível da saúde pública estão identificados cinco níveis de prevenção: primordial, primária, secundária, terciária e quaternária.

Na literatura encontramos para o mesmo fenómeno de violência terminologias diferentes (Perel-Levin, 2008), encerrando em si diversos significados, consoante o autor. Termos como “violência”, “maus tratos”, “abuso” surgem aleatoriamente no mesmo documento, como é o caso do documento produzido pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (2016) que pretende ser um documento orientador a nível nacional. Esta diversidade de conceitos e de definições constitui um dos principais obstáculos para a visibilidade do problema em termos internacionais, com grandes variações nos números de incidência e prevalência dos diversos estudos (Yon, Mikton, Gassoumis & Wilber, 2017).

Consensualmente estão definidas na literatura (Gil, 2014; Gil, Kislaya, Santos, Nunes, Nicolau & Fernandes, 2015; Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016) cinco tipologias de violência contra a PI: física, psicológica, sexual, financeira e negligência². De acordo com as estimativas mundiais, um em cada seis idosos foi vítima de algum tipo de violência, no último ano (WHO, 2017). E em Portugal, de acordo com o estudo “Envelhecimento e violência”, 12,3 % da população com mais de 60 anos foi vítima de violência por parte de um familiar, um vizinho, um amigo ou um profissional remunerado, sendo a violência psicológica e a violência financeira as duas mais prevalentes com 6,3%, em ambas as tipologias, seguido da violência física com 2,3%; negligência 0,4%; e violência sexual 0,2% (Gil, 2014). O mesmo estudo identifica como principais agressores: outros familiares³ (27%); descendentes (16,1%); (ex) cônjuges ou (ex) companheiros (13,4%). Assim sendo, a violência contra a PI não pode ser vista como um crime como os demais (Perel-Levin, 2008). O agressor é muitas vezes alguém com quem se estabeleceu uma relação de confiança, alguém que se ama ou amou, com quem se construiu um projeto de vida e se partilhou ou se partilha afetos, sonhos, espaços, bens. Por outro lado, existe também o receio da institucionalização⁴ por parte da PI. É, por isso, frequente que as vítimas se sintam perplexas e ambivalentes no entendimento que fazem da própria situação e não queiram muitas vezes denunciar (Bernal & Gutiérrez, 2005; Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2010; Phelan, 2010; Baptista, 2016).

Este problema de saúde pública não é novo, mas torna-se hoje mais preocupante atendendo ao progressivo envelhecimento das sociedades contemporâneas (Gil &

² Alguns autores também incluem outras tipologias como a autonegligência e o abandono (Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014).

³ Esta categoria contemplou essencialmente irmãos, irmãs, sobrinhos(as), cunhados(as) (Gil, 2014).

⁴ A situação social das PI é muito diferente das crianças e mulheres mais jovens (Perel-Levin, 2008). O agressor pode ser o único cuidador (WHO, 2002).

santos, 2012; Du Mont, Macdonald, Kosa, Elliot, Spencer & Yaffe, 2015). O aumento da longevidade potencializa o risco de dependência face a terceiros, na medida em que existe um aumento da morbidade, sobretudo nas idades mais avançadas (Fries, 1998 citado por Gil & Santos, 2012). Este acréscimo de vulnerabilidade física, mental e financeira pode constituir um fator de risco para a ocorrência da violência entre a população mais idosa, sobretudo nas famílias com fracos recursos socioeconômicos, mais afetadas pela pressão de ter de cuidar (WHO, 2011)⁵. Ainda que a tensão e o conflito façam parte integrante das dinâmicas familiares, eles podem ser agravados pela presença de fatores de risco, como a dependência física ou cognitiva, os distúrbios mentais, na PI; a presença de comportamentos aditivos ou de distúrbios mentais ou a dependência financeira no cuidador (Pillemer, et al., 2016).

Apesar das divergentes terminologias e definições, a literatura é consensual relativamente às profundas consequências individuais da violência contra a PI decorrentes da condição de fragilidade ou comorbilidades associadas a esta faixa etária (WHO, 2002; Faria, 2015). Estas consequências podem ser múltiplas variando de acordo com a tipologia da violência exercida, podendo comprometer a integridade física, psicológica, social (WHO, 2011) e aumentar o risco de hospitalização e mortalidade (Du Mont, Kosa, Yang, Solomon, & MacDonald, 2017). Para além das consequências pessoais, também existem os custos diretos na despesa pública decorrentes da assistência necessária para tratar e reabilitar as vítimas; despesas sociais nomeadamente com os serviços comunitários para apoio domiciliário; custos legais, relacionados com o sistema de justiça criminal e com as despesas para compensar os bens perdidos (WHO, 2011; Dong, 2017).

Atendendo aos valores associados a esta problemática justifica-se a importância atribuída à prevenção. De acordo com a literatura, esta dimensão preventiva deve envolver diferentes níveis: primordial, primária, secundária, terciária (Bernal & Gutiérrez, 2005) e quaternária (Meireles, 2008; Hespanhol, Couto & Martins, 2008). A prevenção primordial visa a diminuição da vulnerabilidade da população idosa, a nível macrosocial; a prevenção primária tem como objetivo impedir o aparecimento de casos de violência atuando sobre as causas / fatores de risco; a prevenção secundária pretende reduzir a prevalência dos casos de violência através da identificação e a intervenção precoce dos casos ocultos, evitando a reincidência e as consequências mais graves; a

⁵ Contudo, como refere McCreadie, citado por Perel-Levin (2008), relativamente à vulnerabilidade, as pessoas vulneráveis não estão necessariamente em risco e aquelas que estão em risco não são necessariamente vulneráveis.

prevenção terciária tem como finalidade reduzir a evolução de situações de violência já identificadas ou as suas consequências mais gravosas; e a prevenção quaternária visa evitar ou atenuar o em risco de "sobretratamento", protegendo as pessoas do excessivo e inadequado intervencionismo médico, nomeadamente através da realização dos rastreios sem evidências de ganhos para a saúde na sua realização e que possam adicionalmente trazer implicações emocionais ou sociais, como por exemplo desconforto, ansiedade ou alterações nas dinâmicas familiares provocadas pelo questionamento realizado na fase de rastreio (Hespanhol et al., 2008).

Consensualmente, diversos autores (Perel-Levin, 2008; Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2014; Gil, 2014; DGS, 2016) preconizam uma intervenção de acordo com o modelo ecológico onde a prevenção é realizada nos quatro níveis de atuação: individual, relacionamento, comunidade e social. Este modelo pressupõe uma abordagem multidimensional e multidisciplinar dos casos de violência contra as pessoas idosas, e permite ampliar as capacidades de atuação e repartir responsabilidades entre os diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes policiais, magistrados...) e instituições (Redondo, Pimentel & Correia, 2012, citando Brandl et al., 2007 e American Medical Association, 1992; DGS, 2016).

Tendo em conta o relacionamento de proximidade que detêm com a população, as equipas de enfermagem estão em posição privilegiada para intervir de forma preventiva sobre este fenómeno tão complexo (APAV, 2010; Olson & Hoglund, 2014). No entanto, estes profissionais têm dificuldade em identificar o âmbito das suas competências relativamente a rastrear, avaliar, atuar e sinalizar as situações de suspeita de violência contra a PI (Duffin, 2007; Stark, 2012; Baker, Francis, Hairi, Othman & Choo, 2016). Esta revisão *scoping* pretende mapear as intervenções de enfermagem que permitem prevenir a violência contra a PI, em contexto domiciliário.

4. Critérios de Inclusão

População: Pessoas com 65 ou mais anos de idade.

Conceito: Intervenções de enfermagem nos diferentes níveis de prevenção da violência doméstica.

Contexto: Domicílio.

Tipos de Fontes de Informação: Toda a pesquisa primária, estudos quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas.

5. Critérios de Exclusão

População: Pessoas com idade inferior aos 65 anos.

Conceito: Artigos que não façam referência aos cuidados de enfermagem.

Tipos de Fontes de Informação: Estudos com ausência de *full text* e artigos pagos.

6. Estratégia de Pesquisa

Tendo em conta que se trata de uma revisão *scoping*, o objetivo da estratégia de pesquisa é encontrar todos os estudos, incluindo a literatura cinzenta (não publicada).

Seguindo as indicações do protocolo JBI, cumprimos as três etapas da estratégia de pesquisa:

1ª Etapa – Partindo da mnemónica PCC, que se refere às diferentes dimensões da nossa questão, e em que o “P” se refere à População; o “C” aos conceitos e o último “C” ao contexto, realizou-se uma pesquisa inicial limitada a duas bases de dados relevantes: as bases de dados bibliográficos da *Medline (with Full Text)* e posteriormente da *Cinahl (with Full Text)*. A pesquisa iniciou-se com a utilização das palavras-chave em linguagem natural (também chamadas de palavras primárias) e posteriormente, os termos de indexação.

Essa pesquisa foi efetuada através da análise das palavras contidas quer no título quer no resumo, e dos termos indexantes descritos nos artigos constantes nas respetivas bases de dados bibliográficas. Esta primeira pesquisa serviu para definir a equação de pesquisa, ou seja, os termos que utilizamos na segunda etapa.

2ª Etapa – Pesquisa de todas as palavras-chave identificadas e dos termos de indexação, em todas as bases de dados, em *fulltext*.

3ª Etapa – Elaboração da lista de referência de todos os relatórios e artigos identificados, que estarão disponíveis para pesquisa em estudos adicionais.

Foram incluídos nesta revisão os estudos publicados nas línguas: portuguesa, espanhola e inglesa. Impusemos como limite de tempo os últimos dez anos relativamente à data de publicação, porque pretendemos evidências científicas mais atualizadas e de acordo com os contextos atuais.

As bases de dados utilizadas para as pesquisas foram:

- Medline
- Cinahl

A pesquisa da literatura cinzenta incluiu:

- Google Scholar

A condução da pesquisa inicial foi desenvolvida em inglês, partindo de combinações booleanas relacionando as seguintes palavras: “*elder*”, “*aged*”, “*ancient*”, combinados por **or** para a população; “*violence*”, “*abuse*”, “*negligence*”, “*mistreatment*”, “*domestic violence*” combinados por **or**, a que se associou **and** “*prevention*”, “*intervention*”, “*response*”, “*guidelines*”, “*protocols*”, “*consensus*”, “*recommendation*”, combinados por **or**, a que se associou “*nursing*” **or** “*nurse*” a fim de chegarmos ao conceito. Por fim, para o contexto incluímos as palavras “*home*”, “*housing*”, “*primary health care*”, “*home care*”.

Tabela 1. – Palavras-chave da População, Conceito e Contexto

População	“ <i>elder</i> ” or “ <i>aged</i> ” or “ <i>ancient</i> ”
Conceito	“ <i>violence</i> ” or “ <i>abuse</i> ” or “ <i>negligence</i> ” or “ <i>mistreatment</i> ” or “ <i>domestic violence</i> ” and “ <i>prevention</i> ” or “ <i>intervention</i> ” or “ <i>response</i> ” or “ <i>guidelines</i> ” or “ <i>protocols</i> ” or “ <i>consensus</i> ”, “ <i>recommendation</i> ” and “ <i>nursing</i> ” or “ <i>nurse</i> ”
Contexto	“ <i>home</i> ” or “ <i>housing</i> ” or “ <i>primary health care</i> ” or “ <i>home care</i> ”

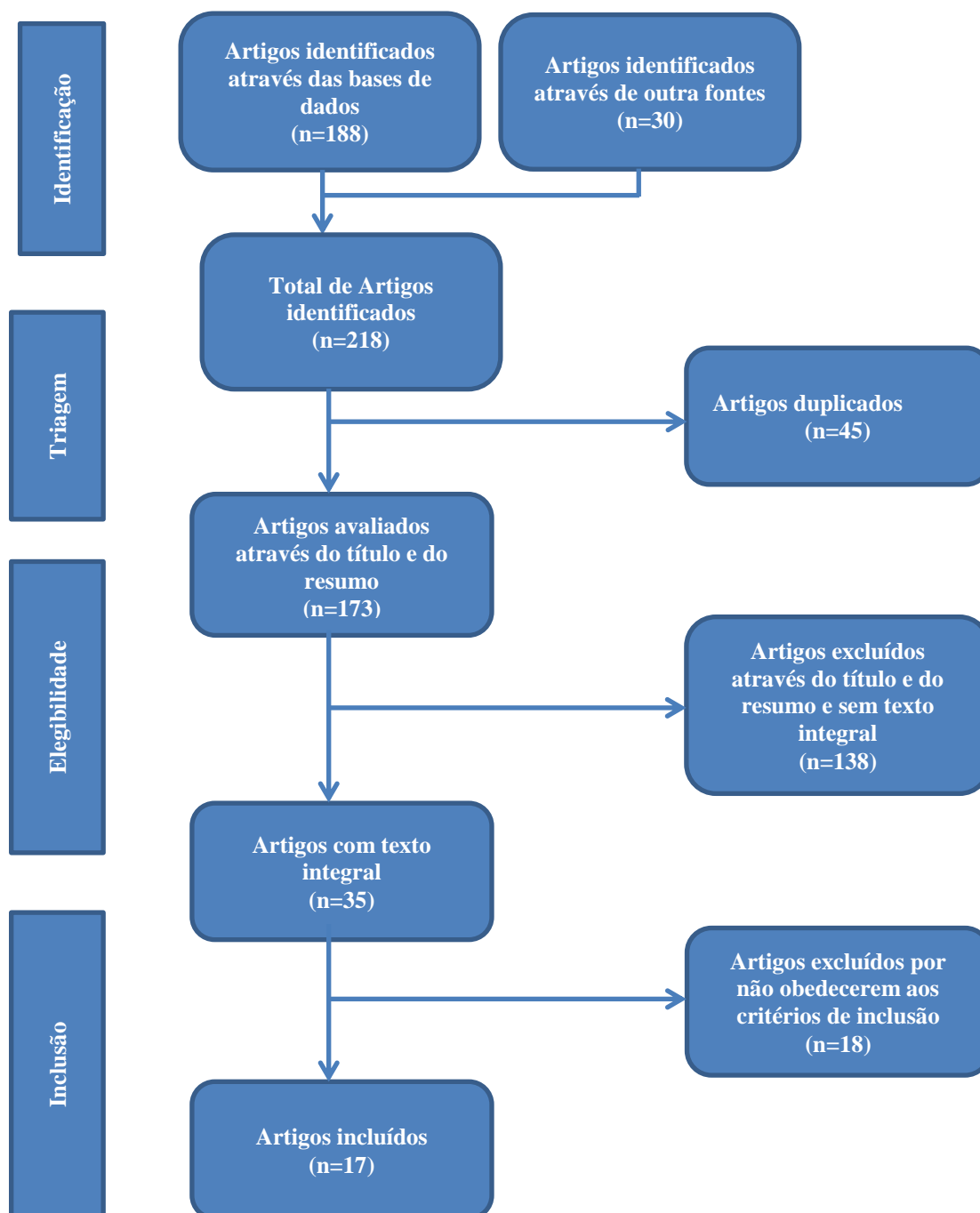
Os três componentes da nossa questão de partida (PCC) foram combinados com **and**, restringindo as nossas pesquisas. Posteriormente foram sujeitos aos filtros *Full Text* e aos limites temporais. Foram identificados 116 artigos da *Cinahl* e 72 artigos da *Medline*. Os artigos identificados a partir da pesquisa, foram avaliados tendo em conta a sua relevância para a revisão e com base nas informações fornecidas no título e no resumo. Os artigos completos foram recuperados em todos os estudos que obedeceram aos critérios da revisão, excetuando os pagos. Tendo por base os textos completos, verificamos se os estudos estavam em conformidade com os critérios de inclusão.

As referências dos artigos identificados foram exportadas para o *software* de gestão de referências bibliográfica *EndNote*.

Quando detetada a duplicação dos resultados dos estudos primários e da revisão sistemática, a mesma foi objeto de análise e reportada.

Foram incluídos 17 artigos na revisão. O fluxograma permite a compreensão clara das decisões tomadas ao longo do processo, indicando os resultados da pesquisa, a remoção dos artigos duplicados e apresentação sumária final dos artigos selecionados.

Figura 1. Diagrama ilustrativo das diferentes fases do processo de seleção dos artigos



Fonte: Adaptado de PRISMA statement (Moher et al, 2009 citado por Peters, Godfrey, McInerney, Soares, Khalil, Parker, 2017)

7. Extração de Resultados

A nossa proposta de documento de extração de dados permitiu visualizar e resumir os resultados em função do objetivo e das questões formuladas.

Tabela 2. – Instrumento de extração de dados

Título da revisão: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Violência contra a PI, em contexto domiciliário: Uma Revisão Scoping.		
Questões de revisão: <ul style="list-style-type: none">– Como podem os enfermeiros prevenir os fenómenos de violência sobre a PI, em contexto domiciliário?– Quais as intervenções do enfermeiro no domicílio, ao nível da prevenção da violência doméstica?		
Critérios de inclusão: PCC População: Pessoas com 65 ou mais anos de idade. Conceito: Intervenções de enfermagem nos diferentes níveis de prevenção de violência doméstica. Contexto: Domicílio		
Revisor:	Data da revisão:	Estudo nº:
Autor:		
Ano de publicação:		
País de origem onde o estudo foi conduzido:		
Título:		
Objetivo:		
População (dimensão):		
Metodologia/métodos:		
Tipologia / Natureza de violência (conceitos envolvidos):		
Fatores de risco que predispõem à violência:		
Principais intervenções propostas:		
Principais conclusões que se relacionam com a(s) pergunta(s) de revisão <i>scoping</i> :		
Lacunas do estudo:		
Comentários para o autor:		

Os dados extraídos incluíram aspetos sobre a população, o conceito, o contexto, tendo em conta a questão da revisão *scoping* e as questões específicas.

O instrumento de extração de dados desenvolvido foi modificado e revisto sempre que necessário durante o processo de extração de dados de cada um dos estudos, a fim de permitir que este fosse refinado.

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na revisão *scoping* utilizando um quadro que alinhou o objetivo com a questão de pesquisa (Tabela 3), conforme indicado pela metodologia para revisões *scoping* proposta pelo JBI (2015).

Tabela 3. – Identificação das intervenções do enfermeiro no domicílio, ao nível da prevenção da violência doméstica

Intervenções do enfermeiro no domicílio, ao nível da prevenção da violência doméstica	Artigos
Necessidade de desenvolver protocolos de atuação nos serviços	South West Regional Elder Abuse Network (SWREAN), 2011; Stark, 2012; Caceres & Fulmer, 2016; DGS, 2016
Identificação da presença de fatores de risco	Phelan, 2010; SWREAN, 2011; Stark, 2012; Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CNETS), 2013; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016; Chen & Dong 2017
Observação da presença dos sinais e sintomas sugestivos de violência de acordo com as diferentes tipologias	Perel-Levin 2008; APAV, 2010; Phelan, 2010; SWREAN, 2011; Stark, 2012; CNETS, 2013; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016;
Deteção de presença de sinais subjetivos de violência	Stark, 2012; Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDHPR), 2014; Caceres & Fulmer, 2016
Colocação de questões de abordagem geral	WHO, 2008; CNETS, 2013
Observação física	SWREAN, 2011; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016
Realização da avaliação multidimensional da PI	APAV, 2010; SWREAN, 2011; CNETS, 2013; Caceres & Fulmer, 2016
Orientações relativamente à entrevista à PI	Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde, 2007; WHO, 2008; Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009; APAV, 2010; SWREAN, 2011; Stark, 2012; CNETS, 2013; Phelan, 2010; Caceres & Fulmer, 2016; DGS, 2016
Orientações relativamente à entrevista ao cuidador	Manita et al., 2009; Stark, 2012; Caceres & Fulmer, 2016
Intervenção em equipa multiprofissional/multidisciplinar	APAV, 2010; Phelan, 2010; CNETS, 2013; Caceres & Fulmer, 2016;
Avaliação do perigo (é iminente?)	SWREAN, 2011; Stark, 2012; CNETS, 2013; DGS, 2016
Aplicação do Instrumento de avaliação de risco: EAI (Fulmer)	Stark, 2102; Caceres & Fulmer, 2016
Aplicação de outros Instrumentos de avaliação de risco	Perel-Levin, 2008; SWREAN, 2011; APAV, 2010; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016
Consciencializar a vítima para o reconhecimento da situação de violência e suas repercussões	APAV, 2010; SWREAN, 2011; CNETS, 2013; Caceres & Fulmer, 2016
Aceitação da decisão da pessoa caso não haja perigo de vida iminente (Princípio de autonomia)	Phelan, 2010; SWREAN, 2011; APAV, 2010; DGS, 2016
Capacitação da PI	APAV, 2010; SWREAN, 2011;
Capacitação dos cuidadores para a prestação de cuidados	SWREAN, 2011; CNETS, 2013; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016
Proposta de apoio interdisciplinar para os problemas físicos, psicológicos e sociais, apresentados pela PI	APAV, 2010; DGS, 2016

Intervenções do enfermeiro no domicílio, ao nível da prevenção da violência doméstica	Artigos
Articulação com os diversos recursos da comunidade/ encaminhamento	APAV, 2010; SWREAN, 2011; Falcão & Ali-Can, 2012; CNETS, 2013; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016; DGS, 2016
Negociar plano de segurança	APAV, 2010; SWREAN, 2011; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016; DGS, 2016
Monitorização através da realização de visitas domiciliárias periódicas	Perel-Levin 2008; SDHPR, 2014;
Remover a PI do contexto	SWREAN; Stark, 2012; CNETS, 2013
Tratamento das lesões físicas e apoiar emocionalmente	SWREAN, 2011; Stark, 2012; DGS, 2016
Sinalização para Equipa para a Prevenção da Violência em Adulto / <i>Adult Protective Services (APS)</i>	Phelan, 2010; Stark, 2012; CNETS, 2013; SDHPR, 2014; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016
Denúncia	Duffin, 2007; CNETS, 2013; Olson & Hoglund, 2014
Registos	APAV, 2010; Phelan, 2010; Stark, 2012; CNETS, 2013; Olson & Hoglund, 2014; DGS, 2016
Formação obrigatória para prestadores de cuidados PI / Treino	Falcão & Ali-Can, 2012; CNETS, 2013; SDHPR, 2014; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016;

8. Discussão, conclusão e implicações para pesquisa e prática

8.1. Discussão

O objetivo desta revisão *scoping* foi mapear o conhecimento existente sobre as intervenções de enfermagem que permitem prevenir a violência contra a PI, em contexto domiciliário. Para dar resposta a este objetivo foram selecionados vinte e três artigos. As intervenções identificadas foram obtidas de diversas fontes, como manuais de intervenção, protocolos de atuação, *guidelines* para intervenção e artigos de revisão de diversos países. Na tabela 3 estão identificadas as principais intervenções de enfermagem nos diferentes níveis de prevenção.

Consensualmente, vários autores defendem a necessidade de se rastrear toda a população idosa (Fulmer et al, 2000; Perel-Levin, 2008; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016; DGS, 2016) ainda que, alguns destes autores (Perel-Levin, 2008), advertam para as consequências da aplicação de rastreios que não estejam bem fundamentados por fortes evidências científicas. Referem que as instituições deveriam criar protocolos de atuação que clarifiquem a forma correta de atuar nos casos de identificação de violência contra a PI (Perel-Levin, 2008; WHO, 2008; Stark, 2012; Caceres & Fulmer, 2016).

Encontramos autores (Fulmer, 2008; Yaffe & Tazkarji, 2012; Caceres & Fulmer, 2016) que defendem a avaliação do risco de violência através da aplicação de um instrumento de avaliação, considerando esta etapa como essencial para identificar as situações de suspeita de violência contra a PI, enquanto outros consideram mais relevante a complementaridade entre a identificação da presença de fatores de risco, a observação da presença dos sinais e dos sintomas sugestivos de violência, e/ou sinais subjetivos de violência (Cohen, Levin, Gagin & Friedman, 2007; Cohen, 2013; Olson & Hoglund, 2014; De Donder, De Witte, Brosens, Dierckx, & Verté, 2015).

Tendo em conta que a identificação dos sinais de alerta não determina por si o diagnóstico de violência (DGS, 2016), a literatura recomenda uma avaliação mais aprofundada nas várias dimensões da pessoa: física, psicológica, social, espiritual - avaliação multidimensional (APAV, 2010; SWREAN, 2011; CNETS, 2013; Caceres & Fulmer, 2016), realizada através da observação física detalhada (Stark, 2012) e o recurso aos diversos instrumentos de avaliação de acordo com as diferentes dimensões da PI, onde se inclui a avaliação da funcionalidade; avaliação do humor; avaliação do risco de violência e a avaliação cognitiva. Esta última avaliação surge na literatura como uma intervenção relevante, pois condiciona de forma marcante o plano de intervenção (APAV, 2010; SWREAN, 2011). As características da entrevista, quer à PI quer ao cuidador, são mencionadas como de extrema importância, havendo referência a aspetos práticos da comunicação, como a necessidade em adaptar a linguagem ao nível cultural da pessoa; sempre que necessário falar mais alto, mas não gritar; posicionar-se de frente para PI para que os olhos e a boca estejam visíveis, nunca falar ao ouvido; não ter medo de perguntar; sempre que possível interrogar a (potencial) vítima em privado (WHO, 2008; Phelan, 2010; Stark, 2012; Caceres & Fulmer, 2016); observar as atitudes e o estado emocional; manter uma atitude empática e escuta ativa (APAV, 2010; SWREAN, 2011; DGS, 2016). Outros autores salientam a importância da relação de confiança (WHO, 2008; Perel-Levin, 2008; Phelan, 2010; CNETS, 2013; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016).

Alguns dos artigos realçam a importância da reflexão e da intervenção multidisciplinar (Phelan, 2010; Caceres & Fulmer, 2016). Discutir possíveis suspeitas, esclarecer procedimentos e superar as barreiras pessoais, contribui para lidar eficazmente com as situações de suspeita de violência contra a PI (Perel-Levin, 2008; DGS, 2016).

A literatura identifica diversos instrumentos de avaliação de risco (Perel-Levin, 2008; SWREAN, 2011; APAV, 2010; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016), sendo que o "*Elder Assessment Instrument*" é o único que está devidamente

traduzido e validado para a população portuguesa, por Fernandes & Gonçalves (2015).

Face ao conhecimento que detêm da PI, seus recursos internos e externos, seu projeto de vida, os enfermeiros têm um papel chave na negociação para determinar as estratégias de intervenção mais adequadas, devendo promover na PI um processo informado, esclarecido, reflexivo. Este processo de negociação pressupõe sempre uma partilha de responsabilidade.

A sinalização de todas as situações às agências de proteção (*Adult Protective Services*) é obrigatória em muitos estados (Phelan, 2010; Stark, 2012; CNETS, 2013; SDHPR, 2014; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016). Permite dar visibilidade ao fenómeno da violência e ao trabalho que é realizado pelas equipas (DGS, 2016). Outras intervenções passam por trabalhar com a vítima a tomada de consciência e reconhecimento da situação em que se encontra enquanto problema que necessita de resolução, tendo em conta o impacto que pode ter na sua saúde; informar sobre o enquadramento jurídico-legal, mas aceitar a sua escolha caso não haja perigo de vida iminente⁶ (APAV, 2010; CNETS, 2013) (Princípio de autonomia⁷); validar o relato, não colocando em dúvida nem emitindo juízos de valor; apoiar a vítima, ajudar a refletir, a ordenar as ideias favorecendo a tomada de decisões para iniciar as mudanças na situação (APAV, 2010); capacitar os cuidadores para a prestação de cuidados; propor apoio interdisciplinar para os problemas físicos, psicológicos e sociais, apresentados pela PI; prevenir novas situações de violência, aliviando as causas da violência, sugerindo o recurso ao descanso do cuidador, tele-alarme ou a frequência do centro de dia; informar sobre os recursos de apoio de que dispõe nesta área e, em caso de aceitação, realizar o seu encaminhamento (APAV, 2010; SWREAN, 2011; Falcão & Ali-Can, 2012; CNETS, 2013; Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016; DGS, 2016); negociar plano de segurança (APAV, 2010); manter monitorização através da realização de visitas domiciliárias periódicas.

Nas situações de incapacidade cognitiva em que existe risco de violência recomenda-se a referenciação às autoridades competentes, sendo que alguns artigos fazem referência à necessidade de se retirar a PI do contexto, de forma a manter a

⁶ Esta posição de não denúncia é controversa pois a legislação obriga os profissionais de saúde de muitos estados a denunciar, a ausência da denúncia pode resultar em processos criminais para os respetivos profissionais (Olson & Hoglund, 2014)

⁷ Para que o princípio de autonomia seja garantido há que promover a decisão informada através da validação da competência cognitiva; da transmissão da informação sobre os seus direitos e alternativas possíveis, tendo em conta a sua capacidade de assimilação; da liberdade de decisão, verificando se esta não está a ser coagida (APAV, 2010)

vítima em segurança, protegendo-a do contacto com o/a agressor/a (SWREAN, 2011; Stark, 2012). Outras das intervenções de enfermagem dizem respeito ao tratar as lesões físicas e prestar apoio emocional (SWREAN, 2011; Stark, 2012; DGS, 2016) e, em caso de necessidade, encaminhar para as especialidades adequadas.

Na literatura encontramos ainda referências à importância dos registos que devem ser transversais a todo este processo e, nestas circunstâncias podem ser considerados como meio de prova (Phelan, 2010; Stark, 2012; DGS, 2016).

Os trabalhos apontam também para a necessidade da formação e treino dos enfermeiros (Olson & Hoglund, 2014) e da própria equipa multiprofissional (Stark, 2012), que vai para além do simples reconhecimento dos sinais e sintomas, mas que passa pelas questões legais e éticas e pela oportunidade de reflexão pessoal sobre as experiências e atitudes, possibilitando a oferta de aconselhamento pessoal, se necessário (Perel-Levin, 2008).

As formações interprofissionais constituem uma boa oportunidade para aferir os códigos de conduta, procedimentos, linguagem e outras questões práticas. Elas também promovem as ligações pessoais, que contribuem para reduzir os preconceitos e estereótipos existentes entre diferentes profissões (Perel-Levin, 2008; DGS, 2016).

Perel-Levin (2008) acrescenta ainda que os serviços de saúde não podem ser vistos numa bolha ou acima ou fora do resto da sociedade, devem adaptar-se às necessidades das PI, criar parcerias com outras estruturas da comunidade e ter em consideração os sentimentos dos próprios profissionais e as realidades em que vivem.

Não cabe aos enfermeiros a responsabilidade de provar que a violência ocorreu, essa responsabilidade é das entidades a quem foi reportada a situação, sendo que o enfermeiro pode ser chamado a participar durante o processo de investigação (Olson & Hoglund, 2014). Ao longo deste processo há que garantir a segurança da PI. Mas Phelan (2010) adverte para o facto de nem sempre os recursos necessários para garantir a segurança à PI estarem disponíveis, e em algumas situações, o acesso ao domicílio poder ser negado e a legitimidade da visita poder ser questionada pelo agressor. Acusações ou confrontos podem conduzir a uma escalada de violência, e ao isolamento da PI.

Apontamos como principais limitações desta revisão o tempo disponível para as avaliações detalhadas dos artigos, a dificuldade no acesso a determinados artigos considerados relevantes, pelo facto dos mesmos serem pagos, e o condicionamento relativo aos idiomas que se cingiu ao português, inglês e espanhol. Tendo em conta que na revisão *scoping* não é fornecida qualquer informação que permita a

classificação de qualidade ou do nível de evidência, as recomendações para prática não foram classificadas.

8.2. Conclusão

Apesar da maior parte dos artigos pesquisados fazerem referência à definição de conceitos e de tipologias de violência contra a PI, dados sobre as prevalências e fatores de risco, foi possível mapear as principais intervenções de enfermagem que permitem prevenir o fenómeno da violência na PI em contexto domiciliário.

8.3. Implicações para investigação

São necessárias mais revisões sistemáticas da literatura que permitam identificar as melhores intervenções ao nível da prevenção, alertando para os benefícios intencionais e danos potenciais de cada estratégia, uma vez que as práticas relacionadas com a violência contra a PI também podem conduzir a resultados adversos para as pessoas idosas.

8.4. Implicações para a prática

Não foi possível fazer recomendações para a prática a partir dos resultados desta revisão *scoping*, uma vez que a avaliação da qualidade metodológica não fez parte desta revisão da literatura, mas foi possível informar a prática sobre os estudos existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual TÍTONO – Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.
- Baker, P., Francis, D., Hairi, N., Othman, S. & Choo, W. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 1-123. **Doi:** 10.1002/14651858.CD010321.pub2.
- Baptista, I. (coord), Silva, A. & Carrilho, P. (2016). Make it happen! Rotas de empoderamento: Contributos para a avaliação de necessidades e apoio a vítimas de violência em relações de intimidade no sistema de justiça em Portugal. Projeto financiado com o apoio da Comissão Europeia.
- Bernal, A. & Gutiérrez, B. (Coords.) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO. Acedido em: 17/04/2017. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51212>.
- Caceres, B. & Fulmer, T. (2016). Mistreatment Detection. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, D. Zwicker (Edit.). *Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice* (5th ed.) (pp.179-194). New York: Springer Publishing Company.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2013). *Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Acedido em: 11/11/2017. Disponível em: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf.
- Chen, R., Dong, X. (2017). Risk Factors of Elder Abuse. In X. Dong. *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (p. 93-105). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.
- Cohen, M. (2013). The process of validation of a three-dimensional model for the Identification of abuse in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57, 243-249. **Doi:** 10.1016/j.archger.2013.06.009.
- Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS (2007). *Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: SMS.

- De Donder, L., De Witte, N., Brosens, D., Dierckx, E. & Verté, D. (2015). Learning to Detect and Prevent Elder Abuse: The Need for a Valid Risk Assessment Instrument. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 191, 1483 – 1488. **Doi:** 10.1016/j.sbspro.2015.04.583
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª edição) Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- Dong, X. (2017). Prologue. In X. Dong. *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (p. vii- xiv). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.
- Du Mont, J., Kosa, D., Yang, R., Solomon, S. & Macdonald, S. (2017). Determining the effectiveness of an Elder Abuse Nurse Examiner Curriculum: A pilot study. *Nurse Education Today*, 55, 71-76. **Doi:** 10.1016/j.nedt.2017.05.002.
- Du Mont, J., Macdonald, S., Kosa, D., Elliot, S., Spencer, C. & Yaffe, M. (2015). Development of a Comprehensive Hospital- Based Elder Abuse Intervention: An Initial Systematic Scoping Review. *PLoS ONE* 10(5), 1-21 **Doi:** 10.1371/journal.pone.0125105.
- Duffin, C. (2007). Turning a blind eye: much abuse of older people goes unreported because of nurses' own fears. *Nursing Older People*, 19(7), 6-7. **Doi:** 10.7748/nop.19.7.6.s8.
- Falcão, H. & Ali-Can, J. (2012). A Problemática do Abuso de Idosos em Contexto Familiar. *Journal of Aging and Innovation*, 1(4), [s.p]. Acedido em: 12/11/2017. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/3-ABUSO-DE-IDOSOS.pdf>.
- Faria, M. P. R. (2015). *Os Crimes Praticados Contra Idosos*. Porto: Universidade Católica Editora.
- Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2015). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências. *Escala e Testes na Demência*, (3.ª ed., pp. 171-175). Lisboa: Novartis.
- Fulmer, T. (2008). Screening for Mistreatment of Older Adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59. **Doi:** 10.1097/01.NAJ.0000341885.07694.48
- Gil, A. & Santos, A. (2012). Simbologias em torno do processo de envelhecer e da vitimação: um estudo qualitativo. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Número temático: Envelhecimento demográfico,

151-175. Acedido em: 21/12/2018. Disponível em:
<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10585.pdf>.

- Gil, A. P., (Ed.) (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido em: 22-01-2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/1955>.
- Gil, A., Kislaya, I., Santos, A., Nunes, B., Nicolau, R. & Fernandes, A. (2015). Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(3), 174-95. **Doi:** 10.1080/08946566.2014.953659.
- Hespanhol, A., Couto, L. & Martins, C. (2008). A Medicina Preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 49-64. **Doi:** 10.32385/rpmgf.v24i1.10462.
- Manita, C. (Coord), Ribeiro, C. & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: compreender para intervir Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Meireles, A. C. (2008). *Níveis de prevenção: Conceito e relação com as funções do médico de Saúde Pública*. Acedido em: 12/12/2018. Disponível em: http://portal.anmsp.pt/TrabCatarina/PrevencaoNiveis_catarina.pdf.
- Olson, J. & Hoglund, B. (2014). Elder Abuse: Speak out for Justice. *Journal of Christian Nursing*, 31(1), 14-21.
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care level*. Genebra: World Health Organization Press.
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney P., Soares C., Khalil, H. & Parker, D. (2017) Chapter 11: Scoping Reviews. In: E. Aromataris, Z. Munn (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Acedido em: 04/03/2018. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org>.
- Phelan, A. (2010). Elder Abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478. **Doi:** 10.12968/bjcn.2010.15.10.78727.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. & Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 59 (S2), S194-S205. **Doi:** 10.1093/geront/gnw004.
- Redondo, J., Pimentel, I. & Correia, A. (2012). *Manual SARAR – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*. Ceira: Serviço de Violência Familiar – Hospital Sobral Cid, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2014). *Addressing and preventing Abuse and Neglect of older Adults: person – centred, collaborative, system-wide approaches*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (2014). *Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É possível prevenir. É necessário superar*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Acedido em: 13/11/2017. Disponível em: <http://www.cedi.pr.gov.br/arquivos/File/CEDI/ManualViolencialdosogovfedweb.pdf>.
- South West Regional Elder Abuse Network. (2011). *Guidelines for Developing Elder Abuse Protocols: A South West Ontario Approach*. Acedido em: 13/12/2017. Disponível em: <https://www.thehealthline.ca/pdfs/ElderAbuseGuidelines2011.pdf>.
- Stark, S. (2012). Elder Abuse: Screening, intervention, and prevention. *Nursing*, 42 (10), 24-29. **Doi:** 10.1097/01.nurse.0000419426.05524.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / supplement*. South Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido em: 02/02/2017. Disponível em: https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf.
- World Health Organization (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 10/05/2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=FB51C575C6FE100BA4F897152D090FEA?sequence=1.
- World Health Organization (2008). *A global response to Elder Abuse and neglect: Building Primary Health Care capacity to deal with the problem Worldwide*. Main report. Geneva. Acedido em: 25-02-2017. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf.
- World Health Organization (2017). Elder abuse. Fact sheet. Updated June 2017. Acedido em: 17/05/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en>.
- World Health Organization /INPEA (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva. World Health Organization. Acedido em: 25-06-2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67371/WHO_NMH_VIP_02.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- World Health Organization Regional Office for Europe (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Acedido em: 10/05/2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthyageing/publications/2011/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>.
- Yaffe, M. & Tazkarji, B. (2012). Understanding elder abuse in family practice. *Canadian Family Physician*, 58(12), 1336-1340. Acedido em: 20/11/2017 . Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/cfp/58/12/1336.full.pdf>.
- Yon, Y., Mikton C., Gassoumis Z. & Wilber K. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 5 (2), e147-e156. **Doi:** 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.

Apêndice V:
Apresentação do projeto à ECCI/ECSCP

PLANO DA SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Tema da Sessão – Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa

População Alvo- Equipa da Unidade Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) de Odivelas

Formador – Enfermeira Maria Julieta Costa

Orientadora – Enfermeira Helena Falcão

Prof. Orientador- Prof. M^a Emília Brito

Objetivo Geral:

Divulgar o projeto “Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa” à equipa multidisciplinar.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a problemática da Violência Doméstica na Pessoa Idosa;
- Apresentar o projeto “Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa” à equipa;
- Identificar elementos da equipa que possam ser considerados possíveis aliados para a concretização do projeto.
- Reajustar as necessidades formativas identificadas na fase de diagnóstico e as estratégias propostas pelo projeto com as necessidades atuais da equipa da UCC.

Indicador de avaliação:

- Frequência de mais 50% dos elementos da equipa na formação;
- Identificação de pelo menos dois elementos considerados possíveis aliados para trabalhar de forma mais próxima;

Duração – 30 minutos (aproximadamente)

Data – 04/10/2017

Hora – 14:30 h

Local – Sala da UCC

INTRODUÇÃO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
Apresentação do formador e do tema da sessão	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor. 	2
DESENVOLVIMENTO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
<ul style="list-style-type: none"> • Justificação do tema do projeto; • Dados estatísticos; • Resultados do diagnóstico efetuado em Junho de 2017; • Finalidades, objetivos e cronograma do projeto. 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor. 	15
CONCLUSÃO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas; • Discussão do projeto com a equipa para reajustar as estratégias traçadas. 	Interativo	-----	13



Prevenção da violência doméstica na Pessoa Idosa: Intervenções de enfermagem

M^{te} Julieta Costa nº 7386

Prof. Orientador: M^{te} Emília Brito

Orientador de Estágio: Helena Falcão

04/10/2017

1

Sumário

- Instituições envolvidas no projeto
- Justificação do tema
- Evidências sobre a violência sobre a pessoa idosa
- Resultados do diagnóstico da situação
- Finalidade e objetivos do projeto
- Proposta de cronograma

04/10/2017

2

Palavras-chave

Violência; Pessoa Idosa; Enfermeiro; Cuidador

Instituições envolvidas

Unidade de Cuidados na Comunidade "Saúde ao seu Lado"

25 Setembro 2017 a
12 Janeiro 2018

Serviço de Urgência Geral do Hospital Beatriz Ângelo

15 Janeiro a 09 Fevereiro 2018

04/10/2017

3

Justificação do tema

Aumento envelhecimento

Aumento da doenças crónicas

Aumentos das incapacidades

Aumento da vulnerabilidade

Violência sobre os idosos

(WHO, 2002; WHO, 2011; INE, 2015; Baker et al 2016)

04/10/2017

4

Um problema para enfermagem

Problema de direitos humanos

(WHO, 2011)

Problema económico

(WHO, 2011)

Problema de saúde Pública

(WHO, 2002)

Os enfermeiros e as ajudantes domiciliárias entram nos espaços íntimos da família.

(Jayawardena e Liao, 2006)

04/10/2017

5

Evidências sobre a violência sobre o idoso

1 em cada 6 idosos é vítima de algum tipo violência em todo o mundo (16%).

(WHO, 2017)

Na Europa, calcula-se que todos os anos, mais de 4 milhões de pessoas idosas sofreram de algum tipo de violência.

(Sethi et al., 2011 citado por DGS, 2014)

12,3 % da população com mais de 60 anos foi vítima de violência.

(Gil et al, 2014)

04/10/2017

6

Diagnóstico da situação



- Realizar revisão crítica da literatura;
- Idas a UCC e 2 IPSS (reuniões e conversas informais)
- Realizar inquérito à equipa de enfermagem e à ajudantes domiciliárias para avaliar conhecimento sobre o tema e necessidades formativas.

04/10/2017

7

Avaliação do contexto da prática



Relativamente à dificuldade sentidas pelos enfermeiros no reporte das situações de violência:

- 50% dos enfes referiram concordarem fortemente “que é difícil reportar por não se querer envolver em questões legais”;
- 30% referiram a ausência de protocolos de identificação, avaliação e intervenção como uma dificuldade;

04/10/2017

8

Avaliação do contexto da prática



- 70% não teve formação na área da violência à pessoa idosa;
- 100% acha pertinente e 90% gostaria de receber formação nesta área;
- Identificaram como o tema mais pertinente “protocolo de atuação”.

04/10/2017

9

Finalidade e objetivos



Finalidade

Desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica na vertente Pessoa Idosa.

Objetivos gerais do projeto

1. Desenvolver competências de mestre e enfermeira especialista em enfermagem Médico-cirúrgica no cuidar da pessoa idosa e sua família, em diferentes contextos;
2. Contribuir para a prevenção da violência das pessoas idosas no domicílio.

04/10/2017

10

Objetivos Específicos na UCC



- a) Divulgar o projeto: “Prevenção da violência doméstica na pessoa idosa: intervenções de enfermagem” na unidade e nas instituições parceiras;
- b) Analisar as necessidades das pessoas idosas em situações complexas de cuidados, em contexto comunitário;
- c) Analisar a prática de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica no cuidar da pessoa idosa e sua família;
- d) Prestar cuidados de qualidade à pessoa idosa e sua família, mobilizando e integrando os conhecimentos específicos na área da enfermagem médico-cirúrgica vertente pessoa idosa

04/10/2017

11

Objetivos Específicos na UCC



- e) Desenvolver competências na identificação, avaliação, acompanhamento e encaminhamento da pessoa idosa com risco ou em situação de violência, em contexto comunitário;
- f) Contribuir para o desenvolvimento das competências da equipa de enfermagem na avaliação das situações de risco de violência na pessoa idosa;

04/10/2017

12

Objetivos Específicos na UCC



- g) Implementar a avaliação do risco de violência na pessoa idosa;
- h) Adequar as estratégias de intervenção de acordo avaliação do risco de violência;
- i) Sensibilizar as ajudantes de ação direta para identificação e encaminhamento da pessoa idosa vítima de violência;
- j) Colaborar com a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) nas atividades de sensibilização e formação dos profissionais.

04/10/2017

13

Cronograma das atividades



ATIVIDADES	MAR.	ABRIL	MAIO	Jun	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	JAN.	FEV.
FASE DE DIAGNÓSTICO										
Reunio com chefes para negociar o projeto e o tempo de entrega	X									
Resposta bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração e aplicação do questionário aos cuida da UCC e as ajudantes de ação direta		X	X		X	X				
Análise dos dados				X		X	X			
FASE DE DESENVOLVIMENTO										
Reunio com as equipas para divulgação do projeto					X				X	
Observação direta dos cuidados e análise dos registos					X	X			X	X
Prestação de cuidados diretos à pessoa e família					X	X	X	X	X	X
Formações						X		X	X	
Aplicação da grelha de observação e dos instrumentos de avaliação do risco de violência							X			
FASE DE AVALIAÇÃO										
Avaliação: Utilização da grelha de observação/% instrumentos de avaliação utilizados								X		X
Relatório					X	X	X	X	X	X

14

Bibliografia



- Andrade, B. (2014). *Pessoas Idosas Vítimas de Violência Intrafamiliar: Avaliação do Risco*. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências Sociais e Humanas Porto. Dissertação de Licenciatura em Criminologia. Porto
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual Tinoco – Apoio a Pessoas Idosas vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2017). *Estatísticas APAV. Relatório Anual 2016*. Lisboa: APAV. Acedido em 17/04/2017. Disponível em http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf
- Baker, P., Francis, D., Hairi, N., Othman, S., Choo, W. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, 8. Art. No.: CD010321.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Caceres, B., Fulmer, T. (2016) Mistreatment Detection. In Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., Zwicker, D. *Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice* (5th ed.). New York: Springer Publishing Company

04/10/2017

15

Bibliografia



- Costa, I., Pimenta, A., Brigas, D., Santos, L., Almeida, S. (2009). Maus tratos nos idosos: Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista portuguesa de Clínica Geral*. 25. 537-542
- Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-ativo/programas-e-projectos.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- Fleury, M., Fleury, A. (2001). *Construindo o Conceito de Competência*. RAC. Edição Especial, 183-196
- Gil, A. P., (Ed.) (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido 22-01-2017. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1955/3/Envelhecimento%20e%20Viol%C3%Aancia%202011-2014%20.pdf>.

04/10/2017

16

Bibliografia



- Hullick, C., Carpenter, C., Critchlow, R., Burkett, E., Arendts, G., Nagaraj, G., Rosen, T. (2017) Abuse of the older person: Is this the case you missed last shift? *Emergency Medicine Australasia*. 29, (2), 223-228.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Acedido a 12/02/2017 em https://www.inec.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=232024193&att_display=n&att_download=y.
- Jayawardena, M., Liao, S. (2006). Elder abuse at end of life. *Journal of Palliative Medicine*. 9(1), 127-136
- Lopes, M., Escoval, A., Mendes, F., Pereira, D., Pereira, C., Fonseca, C., Carvalho, C. (2012) *Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos: Relatório Final*. Évora: Direção geral da Saúde, Universidade de Évora, Universidade Nova de Lisboa; Escola Nacional de saúde Pública.
- Mailoux-Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In Berger, L. & Mailoux-Poirier, D. *Pessoas idosas, uma abordagem global* (pp. 99 - 105). Lisboa: Lusodidata.

04/10/2017

17

Reflexão da apresentação do Projeto

Formação: Apresentação do projeto “Prevenção da violência doméstica na pessoa idosa”

Data: 04/10/2017

Nº de participantes: 9 (dos 13 que habitualmente estão presentes). **Grupos profissionais presentes:** 7 enfermeiros; 1 técnica de serviço social, 1 médica. Uma adesão de 69%.

A apresentação do projeto à equipa interdisciplinar teve grande importância na implementação do mesmo, pois permitiu o alargar a discussão a outros grupos profissionais, o que fez todo o sentido tendo em conta as características desta equipa. Da apresentação constaram os seguintes pontos: justificação do tema; evidências científicas sobre a violência na PI; divulgação dos resultados dos questionários que estiveram na base do diagnóstico de situação; finalidade e objetivos do projeto, tendo sido dada ênfase à necessidade de avaliar o risco de violência sobre a PI. Por último, foi apresentada a proposta de cronograma com a descrição das atividades. No final da apresentação houve a preocupação em validar se o conteúdo do projeto ia ao encontro das necessidades da equipa abrindo espaço para sugestões. Esta atividade contribuiu para o envolvimento de grande parte dos elementos da equipa no projeto. Uma das médicas manifestou as suas dúvidas relativamente à necessidade de avaliação do risco, pois na prática existiam dificuldades na atuação, com ausência de respostas, quer ao nível de protocolos quer ao nível de estruturas de apoio, que permitissem uma ação eficaz que suportasse as decisões, criando frustração nos profissionais. Após alguma discussão, comprometemo-nos com a equipa, no sentido de não focar somente na avaliação, mas também trabalhar os aspetos relacionados com a intervenção. Foi reforçada a importância de conhecer o que já se fazia na comunidade, sendo essencial fazer um levantamento dos recursos existentes e elaborar um documento, em conjunto com a equipa, que facilitasse o processo de tomada de decisão em situações de suspeita de violência na PI.

A reunião possibilitou também identificar os elementos para quem esta problemática seria relevante e que poderiam constituir-se aliados para o desenvolvimento do projeto. A enfermeira orientadora enquanto elemento da EPVA e a técnica de serviço social da equipa tiveram um papel crucial para a concretização do mesmo.

Apêndice VI:
Pedidos de autorização para utilização
do *Eder Assement Instrument*



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Fwd: Pedido de autorização para a utilização do Elder Assessment Instrument

2 mensagens

MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

25 de setembro de 2017 às 15:07

Para: [REDACTED]@med.up.pt [REDACTED]@hotmail.com

Boa tarde,

O meu nome é Maria Julieta A. Costa. Sou enfermeira e aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica - vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Estou atualmente a iniciar o meu projeto de estágio, com vista à discussão pública, denominado "Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa: Intervenção do enfermeiro", sob a orientação da Prof. Adjunta Mª Emília Brito.

Em breve irei iniciar estágio na Unidade de Cuidados Continuados de [REDACTED] onde pretendo contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na identificação das situações de risco. Para tal, pretendia utilizar o *Elder Assessment Instrument*, na versão portuguesa por vós traduzida e validada, com a seguinte referência: Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2015). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências. Escalas e Testes na Demência -3.ª edição. (p. 171-175). Lisboa: Novartis .

Neste sentido, venho, por este meio, solicitar a vossa autorização para a utilização do referido instrumento salientando que a utilização do referido instrumento apenas terá um carácter pedagógico.

Grata pela vossa atenção,

Julieta Costa



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Pedido de autorização para aplicação do EAI na UCC

1 mensagem

MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

3 de outubro de 2017 às 21:17

Para: [REDACTED]@arslvt.min-saude.pt, [REDACTED]@arslvt.min-saude.pt

Cc: etica@arslvt.min-saude.pt, [REDACTED]@arslvt.min-saude.pt

Exm^a Sr^a Diretora Executiva ACES [REDACTED]Dr^a [REDACTED]C/C: Exm^a Sr^a Enf^a Vogal do Conselho Clínico de SaúdeEnf^a [REDACTED]

O meu nome é Maria Julieta A. Costa. Sou enfermeira, a exercer funções na [REDACTED], e aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Estou atualmente a iniciar o meu estágio na Unidade de Cuidados Continuados de [REDACTED], para desenvolver o projeto "Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem" com vista à discussão pública, sob a orientação da Prof. Adjunta M^a Emília Brito.

Um dos objetivos do presente estágio é contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na identificação das situações de risco de violência na pessoa idosa. Para tal, pretendia utilizar o instrumento de avaliação *Elder Assessment Instrument*, na versão portuguesa traduzida e validada, com a seguinte referência: Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2015). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências. Escalas e Testes na Demência - 3.^a edição. (p. 171-175). Lisboa: Novartis.

Neste sentido, venho, por este meio, solicitar a autorização da Vossa Ex^a para a aplicação do referido instrumento aos idosos naquela unidade, salientando que a utilização desse instrumento de avaliação apenas terá um carácter pedagógico e não de investigação.

Anexo a autorização de uma das autoras e o respetivo instrumento de avaliação.

Estou disponível para qualquer esclarecimento adicional, através dos seguintes mails:

[REDACTED]@campus.esel.pt ou [REDACTED]@net.sapo.pt ou através do tlm n.º [REDACTED]

Grata pela vossa atenção,

Julieta Costa

2 anexos



ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT_impresso.pdf
76K



Autorização para a utilização do Elder Assessment Instrument.pdf
179K

Apêndice VII:
Pedidos de agendamento das reuniões
com as diretoras técnicas das IPSS



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Pedido de reunião

1 mensagem

MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

28 de setembro de 2017 às 22:48

Para: [REDACTED]@pt, [REDACTED]@gmail.pt, [REDACTED]@gmail.com, [REDACTED]@gmail.com,

Cc: [REDACTED]@gmail.com, [REDACTED]@arslvt.min-saude.pt

Boa noite,

O meu nome é Maria Julieta A. Costa. Sou enfermeira e aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica - vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Estou atualmente a iniciar o meu estágio, na UCC [REDACTED], sendo o tema do estágio a "Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem". Um dos objetivos deste estágio é a sensibilização das ajudantes de ação direta para a identificação e encaminhamento da pessoa vítima de violência. Para tal, pretendo realizar duas formações em datas distintas de forma a abranger o maior número possível de ajudantes.

Neste sentido, venho, por este meio, solicitar uma reunião, se possível para próxima semana, para dar a conhecer o projeto e para melhor conhecer a vossa realidade, de forma a melhor responder às necessidades formativas.

Grata atenção dispensada,

Julieta Costa

Apêndice VIII:
Reflexão sobre as reuniões com as diretoras técnicas das IPSS

REFLEXÃO/NOTAS DE CAMPO SOBRE AS REUNIÕES COM AS DIRETORAS TÉCNICAS DAS IPSS

Tendo em conta que o projeto a ser desenvolvido se inseria no âmbito da prevenção da violência doméstica contra a pessoa idosa (PI), fenómeno que ocorre dentro da intimidade do lar, logo na conceção foi considerado relevante conhecer a realidade das diferentes instituições que trabalham em articulação com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)/Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e que prestam cuidados à população com 65 ou mais anos. Em conjunto com a técnica superior de serviço social da ECCI/ECSCP foram identificadas oito Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) nestas condições. Após um contacto prévio realizado pela técnica superior de serviço social, contactei por *email* cada uma das instituições.

Para orientar as reuniões elaborei uma sequência de questões através das quais pretendi conhecer as valências funcionais dos serviços; perceber como identificavam as situações de suspeita de violência na PI e como atuavam; saber que formações possuíam; quais as necessidades formativas na área da violência contra a PI; de que forma se articulavam com as outras instituições da comunidade e, de uma forma geral, quais eram as principais dificuldades percecionadas pelos técnicos responsáveis por estas instituições, quando confrontados com as situações de suspeita de violência na PI.

Não foi possível uma reunião presencial com duas das instituições, mas fui recebida, de forma muito cordial, pelas restantes seis. A partir das diversas reuniões realizadas com as diretoras técnicas de cada uma das instituições pude identificar as diferentes valências que dão respostas ao nível social, como é o caso do apoio ao nível da higiene pessoal, higiene habitacional, lavagem de roupa, fornecimento de refeições. Muitos dos idosos habitam sozinhos ou têm como principal cuidador o cônjuge também ele idoso. De uma forma geral, todas referiram a violência como um tema pertinente, manifestando, no entanto, algum receio pela forma como o tema iria ser abordado. Duas das diretoras técnicas verbalizaram as dificuldades que tinham em lidar com as situações. Primeiro, porque na prática, quando as situações eram detetadas, não existiam respostas na comunidade que permitissem o retirar das vítimas do domicílio, pois as respostas para as pessoas idosas são escassas. Referiram ainda que apesar da suspeita ou confirmação das agressões, estes cuidadores são os únicos cuidadores. Foi referido, por mais do que uma responsável técnica,

que as Ajudantes de Ação Direta (AAD) interpretam a atuação das diretoras técnicas como sendo muito discreta, traduzida muitas vezes como ausência de atuação. E essa má interpretação causava dificuldades na própria equipa.

Outra questão abordada disse respeito ao facto de, muitas vezes, julgarmos em função dos nossos valores sobre um acontecimento presente, sem termos em conta a história daquela família. Muitas vezes o agressor é um filho que é negligente, porque foi isto que aprendeu com o pai, que toda vida foi ausente e, por vezes, até agressivo (Modelo de violência transgeracional¹). “O modelo cartesiano do bem e do mal, na realidade, não existe!”, dizia uma das diretoras técnicas. “O bom e o mau coexistem. E numa situação de dinâmica familiar, bem e o mal são duas faces da mesma moeda. Mesmo aquele que julgamos ser o mais assertivo pode ter um comportamento altamente provocatório”, referiu. Por outro lado, a sua experiência enquanto técnica demonstrou que, por vezes, o funcionário, aquele que “dá a cara”, se sujeita a ser mais uma vítima. “E nem sempre se consegue proteger a vítima e a pessoa que denuncia. A vítima fica, na maioria das vezes, ainda mais exposta porque contou, e muitas das vezes até mais isolada porque o agressor impede a entrada dos técnicos”.

Também a Direção-Geral da Saúde ([DGS], 2016, p. 149) corrobora esta ideia relembrando que “existem processos de vitimização e manipulação por parte de quem agride, assim como de culpabilização por parte da vítima, correndo-se o risco de alertar o/a próprio/a agressor/a, contribuindo para um aumento do risco de vitimização”. “O funcionário que denuncia, excluindo a situação de denúncia anónima, pode-se tornar numa segunda vítima”, alertava uma das diretoras técnicas. “O agressor sabe onde a mesma trabalha”. Por isso, como referiu uma técnica responsável de uma instituição, que já tivera situações complicadas, o seu papel passa primeiro por “supervisionar o registo das visitas que as AAD realizam, escutar o que é transmitido, articular com os serviços de saúde e por vezes também com os agentes da PSP com quem têm mantido um bom relacionamento”.

A DGS (2016) alerta ainda para o facto de que não identificar uma situação de violência poderá implicar: a continuação da violência; o aumento da escalada da violência; e a possibilidade da morte da vítima. Os enfermeiros dos cuidados de saúde primários têm um papel relevante no sentido de melhorar os canais de comunicação

¹ Este modelo coloca enfoque na perpetuação do ciclo de violência familiar, em que a PI atualmente vítima de violência, assumiu no passado comportamentos violentos para com os filhos (Santos & Vieira, 2014).

e trabalharem de forma coordenada com os responsáveis e com as próprias AAD destas instituições, de forma a garantir a segurança das pessoas idosas. São relevantes as formações na área da violência contra a PI, para que cada um possa conhecer o papel que desempenha nos diferentes níveis de atuação e a forma como deve articular-se com as diferentes estruturas envolvidas nesta problemática (Perel-Levin, 2008; DGS, 2016). Só assim será possível trabalhar de forma coordenada e potencializar os poucos recursos existentes.

Perel-Levin (2008) salienta a necessidade de os serviços de saúde criarem parcerias com outras estruturas da comunidade e terem em consideração os sentimentos dos próprios profissionais e os contextos em que vivem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª edição) Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care level*. Genebra: World Health Organization Press. Acedido em 11/01/2017. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf
- Santos, C. & Vieira, D. (2014). Abuso e maus-tratos de idosos. In M. T. Veríssimo (coords). *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar* (413-421). Lisboa: Lidel - Edições Técnica, Lda.

Apêndice IX:
Pedido de esclarecimento à Ordem dos Enfermeiros



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Pedido de esclarecimento em situações de divulgação de informação em caso de suspeita de violência

1 mensagem

MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

3 de outubro de 2017 às 21:43

Para: srsul@ordemenfermeiros.pt

Exmos membros do Conselho Jurisdicional

Da Ordem dos Enfermeiros

Chamo-me Maria Julieta Araújo da Costa e sou membro nº [REDACTED] da Ordem dos Enfermeiros. Estou atualmente a exercer funções na [REDACTED] ACES [REDACTED] e a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Iniciei o meu estágio numa UCC, estou a desenvolver o projeto com o título "Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem" com vista à discussão pública. Um dos objetivos do referido estágio é contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na avaliação de risco de violência sobre a pessoa idosa. Neste sentido, venho, por este meio, solicitar que me esclareçam uma dúvida relativamente divulgação de informação em caso de suspeita de violência doméstica: Perante uma situação em que o enfermeiro se confronte com uma situação de violência, em que está em causa uma pessoa idosa, que não está em plena capacidade das suas funções cognitivas, e estando em causa o risco de vida para a mesma, como devemos atuar? Em caso de denúncia, devemos solicitar primeiramente aconselhamento ético-deontológico à Ordem dos Enfermeiros? Quanto tempo leva a Ordem a responder? Nestas situações, o dever de Sigilo (Artigo 85º do Código Deontológico) sobrepõe-se ao dever de denúncia (artigo 242º do código de Processo Penal)?

Estou disponível para qualquer esclarecimento através do mail: [REDACTED]@campus.esel.pt ou [REDACTED]net.sapo.pt

Grata pela vossa atenção,

Enfª Julieta Costa

Apêndice X:
Pedidos de agendamento das reuniões com os Agentes da PSP



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Pedido de agendamento de reunião

1 mensagem

MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

11 de outubro de 2017 às 17:42

Para: [REDACTED]@psp.pt

Exmº Sr. Comandante da [REDACTED] Esquadra da PSP

Chamo-me Maria Julieta Araújo da Costa e sou enfermeira atualmente a exercer funções na [REDACTED] e a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Estou atualmente a realizar o meu projeto de estágio, com vista à discussão pública, denominado "Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem". O estágio está a decorrer na Unidade de Cuidados Continuados [REDACTED] onde pretendo contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem, na avaliação do risco de violência, e sensibilizar as ajudantes de ação direta das IPSS, para a identificação e encaminhamento da pessoa idosa vítima de violência. Tendo em conta que o fenómeno da violência é um fenómeno complexo e que exige um esforço coordenado dos diferentes parceiros, gostaria de agendar uma reunião com o agente ou os agentes que estivessem mais ligados a esta problemática, de forma a compreendê-la melhor (na perspetiva da PSP), e contribuir para uma melhor articulação com as forças de segurança.

Sei que existe um programa de identificação, sinalização e acompanhamento dos idosos. Gostaria de perceber como é realizada a articulação com a saúde. Quantos idosos têm sinalizados na zona de Odivelas? Em que consiste essa sinalização? Em caso de uma situação de violência em que a equipa de saúde tenha conhecimento da situação no decurso de uma visita domiciliária, como devemos proceder?

Recentemente numa formação percebi (não sei se bem?) que a PSP fazia avaliação de risco de violência. Gostaria de saber qual o instrumento de avaliação que utilizam e como posso ter acesso a ele.

Grata por toda a atenção que possam dispensar,

Julieta Costa

Apêndice XI:

**Pedido de agendamento de reunião com a Sra. Enfª Luísa Horta e
Costa (Interlocutora da ARSLVT para a ASCJR e ASGVCV)**



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Pedido de agendamento de reunião

1 mensagem

MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

3 de novembro de 2017 às 16:03

Para: [REDACTED]@arslvt.min-saude.pt

Exma. Sra. Enf^a Luísa Horta e Costa,

O meu nome é Maria Julieta A. Costa. Sou enfermeira, a exercer funções numa UCSP do ACES [REDACTED] e atualmente também aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

É na qualidade de aluna, que estou a desenvolver o meu estágio assente no projeto com o título **"Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem"**, na Unidade de Cuidados Continuados de [REDACTED].

Tracei como objetivos do presente estágio: contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem ([REDACTED]) na identificação das situações de risco de violência na pessoa idosa e colaborar com a Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA [REDACTED]) nas atividades de sensibilização e formação dos profissionais.

Sendo que a minha experiência no terreno é pouca, tenho procurado auscultar as principais dificuldades identificadas, não só os colegas com mais experiência, como com os diferentes parceiros da comunidade. Após a revisão bibliográfica realizada e o confronto com a realidade no terreno, surgiram várias questões. Assim sendo, gostaria de solicitar a vossa colaboração no sentido de poder ver esclarecidas algumas dessas questões, que passo a citar:

- Gostaria de perceber como é que a DGS se posiciona relativamente aos estatutos da OE que obriga ao enfermeiro a realizar um pedido de parecer prévio à OE, para efeitos de divulgação de informação confidencial e dispensa do segredo profissional (regulamento nº 338/2017, OE). E como se posiciona enquanto enfermeira?
- Como se pode adequar as estratégias propostas pelo manual de violência interpessoal às pessoas idosas?
- O que fazer com os Formulários de registo Clínico de Violência após terem sido preenchidos, ficam arquivados nos serviços? Onde registar no Sclenic?

Posto isto, venho por este meio solicitar o agendamento de uma reunião para podermos discutir estas questões.

Estou disponível para qualquer esclarecimento adicional, através dos seguintes mails:

██████████@campus.esel.pt ou ██████████@net.sapo.pt ou através do tlm nº ██████████

Por favor, confirme a recepção deste mail.

Grata por toda a atenção que possa dispensar,

Julieta Costa

Apêndice XII:
Síntese da Reunião com a Sra. Enfª Luísa Horta e Costa
(Interlocutora da ARSLVT para a ASCJR e ASGVCV)

Síntese da reunião com a Sra. Enfª Luísa Horta e Costa
Interlocutora da ARSLVT para a Ação de Saúde para Crianças e
Jovens em Risco (ASCJR) e Ação de Saúde sobre Género,
Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV) - (27/11/2017)

A reunião teve início às 10:00 h, e terminou às 11:30 h. Teve como objetivo o esclarecimento por parte da Sra. Enfª Luísa Horta e Costa (enquanto interlocutora da ARSLVT para a ASGVCV), relativamente a algumas questões que surgiram do confronto entre a revisão bibliográfica e a realidade com que me deparei no terreno.

Comecei por me apresentar como sendo a enfª Julieta, aluna de mestrado do curso da ESEL e coloquei as questões que já havia enviado por correio eletrónico, e que passo a citar:

– **Gostaria de perceber como é que a DGS se posiciona relativamente aos estatutos da Ordem dos Enfermeiros (OE), que obrigam ao enfermeiro a realizar um pedido de parecer prévio à OE, para efeitos de divulgação de informação confidencial e dispensa do segredo profissional (regulamento nº 338/2017, OE). E como se posiciona enquanto enfermeira?**

Sra. Enfª Luísa Horta e Costa – Tenho dúvidas em relação ao teor do regulamento da Ordem dos Enfermeiros, e sobre quais deveriam ser os “dados” considerados dentro do âmbito da confidencialidade e, como tal, não pretendo pronunciar sobre isso. Enquanto enfermeira, a minha preocupação iria ser sempre a **segurança** da Pessoa, pois nem sempre a primeira prioridade é denunciar, sem uma avaliação do risco prévia.

A lei geral sobrepõe-se às indicações das Ordens e à luz do atual código Penal (Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro) a violência doméstica assume a natureza de crime público (tipificado no artigo 152º) e a sua denúncia é obrigatória, nos termos do art.º 242º do Código de Processo Penal, “para os funcionários”, na aceção do artigo 386º do Código Penal, quanto a crimes que tomem conhecimento “no exercício das suas funções e por causa delas”. No entanto, enquanto enfermeira, a denúncia não deveria ser um problema, pois a verdadeira questão passa pelo trabalhar a avaliação do risco e dos fatores protetores. Esse deve ser o cerne da nossa intervenção: esgotar as estratégias de intervenção para que a pessoa idosa não chegue a tornar-se vítima. Nos serviços de urgência hospitalares a denúncia também é realizada

sempre que pedimos a intervenção dos agentes policiais, pois os mesmos efetuam um auto e a comunicação ao Ministério Público. Na comunidade, a denúncia poderá ser realizada pela equipa multidisciplinar, partilhando a responsabilidade da avaliação. Um dos papéis das Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) passa pelo apoio às equipas, realizando consultadorias.

– **Como se pode adequar o documento “Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde” (DGS, 2016) à intervenção junto de pessoas idosas?**

Sra. Enfª Luísa Horta e Costa - O documento pretende ser um apoio transversal a diferentes realidades, quer geográficas, quer culturais, quer etárias. É um documento que deve ser adequado a cada contexto, cada situação. Não existindo “receitas” para as situações.

– **O que fazer com os Formulários de Registo Clínico de Violência após terem sido preenchidos? Ficam arquivados nos Serviços? Onde registar no SClinico?**

Sra. Enfª Luísa Horta e Costa - Os Formulários de Registo Clínico de Violência serão preenchidos pelas unidades funcionais após a deteção e avaliação da situação de violência e enviados para as EPVA para abertura de um processo.

– **No decurso do que foi dito pela Sra. Enfª Luísa Horta e Costa, referi as dificuldades que as EPVA's tinham no terreno, sem terem, por vezes, um espaço para se reunirem e para poderem proceder a esse arquivamento.**

Sra. Enfª Luísa Horta e Costa - Está pensada a existência do formulário em formato digital, que ainda não aconteceu por falta de verbas. O registo em SClinico deverá ser sempre feito. Não há uma entrada específica para a violência entre adultos que será implementada na sequência das recomendações da DGS. Relativamente às crianças, está preconizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) que seja efetuado o registo no item específico da avaliação de risco familiar.

– **Na sua perspetiva, sendo a violência um problema de saúde pública, de que forma pode ou deveria a Saúde Pública atuar?**

Sra. Enfª Luísa Horta e Costa - A violência é um problema de saúde pública porque afeta transversalmente toda a população. A Saúde Pública, até por algumas competências muito específicas que detém, é uma Unidade Funcional de necessária colaboração com as EPVA.

No decurso da reunião a Sra. Enfª Luísa Horta e Costa salientou as dificuldades em dotar as EPVA com os recursos humanos necessários, nomeadamente de médicos. Também referiu a existência de violência sobre as pessoas idosas dentro das instituições e na dificuldade em avaliar e atuar de forma adequada. Referiu ainda que a DGS usufrui de apoio jurídico para a ASGVCV mas não presta apoio jurídico a casos particulares.

Concluiu acrescentando que, trabalhar a temática da violência não era fácil, pois existem muitas zonas cinzentas... onde a vítima é também o agressor, ou já o foi em determinado momento da história daquela família (ex: da pessoa idosa que foi um pai agressivo, ou ausente, que não criou laços afetivos...).

O presente texto foi previamente validado com a Sra. Enfª Luísa Horta e Costa, tendo sido obtido a sua autorização para ser incluído no presente relatório, após ter sido efetuado as correções propostas pela mesma.



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[redacted]@campus.esel.pt>

RE: Validação do conteúdo da reunião de 07/11/2017

1 mensagem

Luisa Horta e Costa | ACES [redacted] <[redacted]@arslvt.min-saude.pt>

9 de fevereiro de 2018 às 11:18

Para: MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[redacted]@campus.esel.pt>

Bom dia Enfermeira Julieta

Envio o documento com algumas correções de texto. Não é fácil passar a escrito uma entrevista oral, pela dificuldade de enquadramento de todo o contexto, o que poderá conduzir a interpretações menos fidedignas por quem lê.

Mais alguma questão, disponha

Luisa

Luisa H. Costa

Enfª Especialista de Saúde Pública

Interlocutora da ARSLVT para a ASCJR e ASGVCV



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

**De:** MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA [mailto:[redacted]@campus.esel.pt]**Enviada:** sábado, 3 de Fevereiro de 2018 12:17**Para:** Luisa Horta e Costa | ACES [redacted]**Assunto:** Validação do conteúdo da reunião de 07/11/2017

Bom dia Srª Enfª Luísa Horta e Costa,

Sou a enfermeira Julieta Costa, aluna de mestrado da ESEL. Reunimo-nos no dia 7/11/2017 na sua unidade em [redacted] e encontramos recentemente no Congresso em Abrantes.

Durante a reunião do dia 7/11/2017 fui escrevendo notas que complementei no final da mesma. Com base nestes apontamentos, procurei construir um discurso que resulta daquilo que foi a minha perceção da reunião. Gostaria por isso, de validar consigo o conteúdo da mesma, que segue em anexo, de forma a poder apresentá-lo como apêndice no meu relatório de estágio.

Relativamente à questão **“Como se pode adequar o documento “Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde” (DGS, 2016) à intervenção junto de pessoas idosas?”**, gostaria de saber se quer acrescentar alguma ideia relativamente à situação concreta das pessoas idosas, nomeadamente com incapacidade cognitiva?

Grata pela atenção dispensada,

Enfª Julieta Costa



Reflexão da reunião com Enfª Horta e Costa -Final1.docx
21K

Apêndice XIII:
Correspondência trocada com a Comissão de Ética para a Saúde
da ARSLVT



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Re: Pedido de autorização para aplicação do EAI na UCC

1 mensagem

MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

12 de outubro de 2017 às 17:18

Para: Antonio Manuel Nuncio Faria Vaz | Assessoria <[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt>

Boa tarde Dr. António Vaz,

Peço desculpa pelo atraso na resposta ao seu email. De facto, a aplicação deste instrumento de avaliação não é a única finalidade do meu projecto. Pretendo com a utilização do instrumento de avaliação *Elder Assessment Instrument*, , versão traduzida e validada para população portuguesa, contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na avaliação do risco de violência na pessoa idosa. Será utilizado com a finalidade meramente pedagógica. Envio em anexo o projeto que sustenta este estágio e que foi entregue na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Como mencionei no meu email anterior, não é objetivo deste estágio, e não pretendo de forma alguma realizar um trabalho de investigação. Como tal, penso que não faz sentido o protocolo de investigação e os termos de obtenção do consentimento que solicitam.

Grata por toda atenção que possa dispensar,

Julieta Costa

No dia 3 de outubro de 2017 às 22:52, Antonio Manuel Nuncio Faria Vaz | Assessoria <[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt> escreveu:

Cara Enfermeira Maria Julieta Araújo da Costa :

Acuso a recepção do pedido para a aplicação de uma escala numa população da Unidade de Cuidados Continuados [REDACTED] tendo, para tal obtido a autorização para o utilizar.

Ora a aplicação de um instrumento de avaliação não será certamente a única finalidade do seu projecto . De facto, interessaria que nos enviasse o projecto de investigação que o sustenta, o protocolo de investigação e os termos de obtenção do consentimento.

Talvez fosse mais apropriado sugerir-lhe que lesse as instruções aos requerentes que constam no portal da Comissão de Ética que podem ser consultadas na página da ARSLVT em http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/512/Submiss_o_de_Processos.pdf

Poderá ainda se achar útil utilizar a lista de verificação como apoio ao procedimento de submissão pois é um bom instrumento de apoio .

Estaremos, como sempre, inteiramente disponíveis para qualquer apoio que entenda necessário.

Com os nossos melhores cumprimentos

António Manuel Nuncio Faria Vaz

Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Instrução de Processo de Parecer de um Protocolo de ...

www.arslvt.min-saude.pt

Instrução de Processo de Parecer de um Protocolo de Investigação à ARSLVT, IP O processo deve incluir: 1. Protocolo de investigação, com:

De: MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Enviado: 3 de outubro de 2017 22:17:23

Para: [REDACTED] | ACES [REDACTED] - Direção Executiva; [REDACTED] | Vogal UAG [REDACTED]

Cc: ARSLVT - Etica; Paula Monteiro | Assessoria

Assunto: Pedido de autorização para aplicação do EAI na UCC

Exm^a Sr^a Diretora Executiva ACES Loures Odívelas

Dr^a [REDACTED]

C/C: Exm^a Sr^a Enf^a Vogal do Conselho Clínico de Saúde

Enf^a [REDACTED]

O meu nome é Maria Julieta A. Costa. Sou enfermeira, a exercer funções na USP [REDACTED] e aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Estou atualmente a iniciar o meu estágio na Unidade de Cuidados Continuados de [REDACTED] para desenvolver o projeto "Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem" com vista à discussão pública, sob a orientação da Prof. Adjunta M^a Emília Brito.

Um dos objetivos do presente estágio é contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na identificação das situações de risco de violência na pessoa idosa. Para tal, pretendia utilizar o instrumento de avaliação *Elder Assessment Instrument*, na versão portuguesa traduzida e validada, com a seguinte referência: Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2015). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências. Escalas e Testes na Demência -3.ª edição. (p. 171-175). Lisboa: Novartis .

Neste sentido, venho, por este meio, solicitar a autorização da Vossa Ex^a para a aplicação do referido instrumento aos idosos naquela unidade, salientando que a utilização desse instrumento de avaliação apenas terá um carácter pedagógico e não de investigação.

Anexo a autorização de uma das autoras e o respetivo instrumento de avaliação.

Estou disponível para qualquer esclarecimento adicional, através dos seguintes mails:

[REDACTED]@campus.esel.pt ou [REDACTED]@net.sapo.pt ou através do tlm nº [REDACTED]

Grata pela vossa atenção,

Julieta Costa

 **Projeto_VDPI_IntEnfermagem_vcorrigida.pdf**
1820K

Parecer Intermédio

Proc. 101/CES/INV/2017

Título: Prevenção da violência doméstica na pessoa idosa: Intervenções de enfermagem

Enquadramento institucional do proponente: Enfermeira, a exercer funções na [REDACTED]
Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa Idosa

Investigador(es): Maria Julieta Araújo da Costa

Trata-se de um projeto de desenvolvimento de competências, no âmbito de Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde se pretende realizar aplicação de um instrumento de avaliação, o *Elder Assessment Instrument*, na versão portuguesa traduzida e validada, com a seguinte referência: Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2015). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências. Escalas e Testes na Demência -3.ª edição. (p. 171-175). Lisboa: Novartis .

A autora clarifica que a aplicação do questionário apenas terá um carácter pedagógico e não de investigação, não sendo claro qual a abordagem a ser realizada aos idosos sobre a temática e a eventual participação na resposta ao instrumento, qual o encaminhamento dos idosos, eventualmente identificados como em risco.

Desta forma, sugere-se ponderação das questões que envolvem a aplicação de um instrumento de avaliação de risco, apenas com objetivos pedagógicos, a uma população de idosos, e qual a prévia preparação para eventuais respostas necessárias para resposta a necessidades e/ou expectativas que necessariamente poderão ser identificadas.

Face ao teor do parecer, a Comissão propõe o envio destas objecções à investigadora, para esclarecimento.

28.11.2017

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar



Av. Estados Unidos da América, 75-77 - 1749-096 Lisboa | Portugal
Tel : 21 842 52 03

www.arslvt.min-saude.pt

De: MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA [mailto:██████████@campus.esel.pt]

Enviada: domingo, 17 de Dezembro de 2017 21:53

Para: Paula Monteiro | Assessoria

Assunto: Re: Pedido de autorização para aplicação do EAI na UCC

Comissão de Ética da ARSLVT,

Em resposta ao parecer intermédio – Proc. 101/CES/INV/2017

Título: Prevenção da violência doméstica na pessoa idosa: Intervenções de enfermagem

A necessidade da avaliação do risco de violência sobre a pessoa idosa é consensual na literatura internacional (Krug et al 2002; Perel-Levin, 2008; Caceres e Fulmer, 2016), e nacional (Gil, 2014). Também a DGS no documento "Violência Interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde" (Perdigão, 2014) preconiza a avaliação estendendo-a para toda a população, em todo o ciclo de vida. Esta entidade, salienta ainda a responsabilidade por parte dos serviços de saúde na identificação, avaliação e prevenção da violência, ao referir que:

(...) sendo a violência um processo complexo, muitas vezes marcado pelo silêncio das vítimas e pela ausência de sinais evidentes, atendendo à máxima importância de prevenir a continuação da violência e/ou a sua ocorrência, e sendo os serviços de saúde um local privilegiado para intervir, dada a confiança e proximidade de relação com os utentes, considera-se fundamental ponderar a formulação de questões de rotina que permitam a deteção precoce e a prevenção de futuras situações de maus tratos (Perdigão, 2014, p. 149).

Importa ainda referir que um dos obstáculos ao diagnóstico e notificação da violência por parte dos profissionais de saúde, é a escassez ou ausência de treino no reconhecimento das situações de violência (APAV, 2010; Caceres e Fulmer, 2016 citando Daly & Coffey, 2010, Thomson, Beavan, Lisk, McCracken, & Myint, 2010, Wagenaar, Rosenbaum, Page, & Herman, 2010).

Tendo em conta que cada caso pode ter contornos particulares, e que a atuação deve ter sempre por princípio o assegurar a máxima segurança da vítima, é importante que a avaliação do risco seja rigorosa e sistemática, uma vez que, quer a revelação da situação, quer a ausência de uma ação poderem constituir-se como um fator de risco agravante (Perdigão, 2014). Por outro lado, é imprescindível assegurar que o/a profissional detenha a informação suficiente para compreender e substanciar a sua intervenção (Perdigão, 2014).

Desconhecendo a existência de outros instrumentos específicos destinados à avaliação da violência sobre a pessoa idosa, devidamente traduzidos e validados para a população portuguesa, optou-se pela utilização do Elder

Assessment Instrument (EAI) de Fulmer (1984) na versão de Fernandes & Gonçalves (2015).

O EAI pode ser preenchido através da observação do técnico de saúde. Não necessitando que sejam colocadas questões diretas, uma vez que permite que sejam registados dados obtidos durante as interações que decorrem da prestação de cuidados. No fundo, este instrumento vai permitir complementar a recolha de dados de forma sistematizada.

Importa também referir, que atualmente a equipa da UCC- [REDACTED] tem na sua constituição não só enfermeiros, como também três médicos (a tempo parcial); uma fisioterapeuta (a tempo parcial); uma técnica de serviço social (a tempo parcial) e uma psicóloga (a tempo parcial) que já lidam no seu dia-a-dia, com a problemática da violência sobre a pessoa idosa, sobretudo sobre a forma de negligência.

Relativamente às respostas às necessidades identificadas, elas serão geridas em função dos recursos atualmente existentes, estando neste momento a ser trabalhado em conjunto com a referida equipa, um fluxograma e um protocolo de atuação, em que as atividades propostas permitirão respostas, com certeza mais organizadas, mais céleres e baseadas naquilo que são as boas práticas (segue em anexo o fluxograma em fase final de discussão).

Gostaria ainda de salientar, que durante este estágio tenho estado a trabalhar com a Equipa para a Prevenção da Violência em Adulto (EPVA) [REDACTED] estando a colaborar com esta equipa, em algumas das suas competências que se encontram definidas no despacho nº 6378/2013, nomeadamente no que se refere a:

- a) Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais administrativos e técnicos, dos diferentes serviços, para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo da vida;
- b) Difundir informação de carácter legal, normativa e técnica sobre o assunto;
- c) Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria.

Tendo em consideração o que foi exposto, solicito autorização para a utilização do instrumento EAI, uma vez que a sua utilização, em conjunto com outros instrumentos, como a avaliação cognitiva, a funcionalidade da pessoa idosa e a sobrecarga do cuidador, irá possibilitar uma avaliação multidimensional da pessoa idosa mais correta e, por sua vez, uma intervenção mais eficaz.

Referências bibliográficas:

- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual Títano – Apoio a Pessoas Idosas vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV
- Caceres, B. & Fulmer, T. (2016). Mistreatment Detection. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker. *Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice* (5th ed.) (pp. 179-196). New York: Springer Publishing Company.
- Despacho nº 6378/2013. Diário da República, 2ª série – N.º 94 – 16 de maio de 2013, p. 15645
- Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2015). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências. *Escala e Testes na Demência* (3.ª ed.) (pp 171-175). Lisboa: Novartis
- Gil, A. P., (Ed.) (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido 22-01-2017. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1955/3/Envelhecimento%20e%20Viol%C3%AA>
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R., (eds). (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization. Acedido a 20/03/2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf.
- Perdigão, et al. (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnosticoe-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.

- Perel-Levin, S. (2008). Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level.

Atenciosamente,

Enfª Julieta Costa

No dia 28 de novembro de 2017 às 11:37, Paula Monteiro | Assessoria <[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt> escreveu:

Dr.ª Maria Julieta da Costa,

Encarrega-me a Comissão de Ética da ARSLVT, de lhe enviar o parecer em anexo, que foi emitido na ultima reunião da secção de investigação.

Com os melhores Cumprimentos

Paula Monteiro

Secretariado

Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT

Núcleo Apoio à Investigação clínica



Av. Estados Unidos da América, 75-77 - 1749-096 Lisboa | Portugal
Tel : 21 842 52 03

www.arslvt.min-saude.pt

22/04/2018

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Correio - Comissão de Ética da ARSLVT - PROCESSO 101/CES/INV/2017

Gostaria de esclarecer que já conclui o estágio na UCC [REDACTED] a 9 de Janeiro 2018. Ainda assim, gostaria de esclarecer as possíveis dúvidas que eventualmente surgiram no decurso da análise do meu projeto, isso caso ainda tenham algum interesse no esclarecimento.

Peço desculpa pelo atraso na confirmação, mas estava dependente que me autorizassem a troca de horário.

Grata pela atenção dispensada,

Enfª Julieta Costa



Sem vírus. www.avg.com

No dia 18 de janeiro de 2018 às 16:03, Paula Monteiro | Assessoria <[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt> escreveu:

Dr.ª Maria Julieta Costa,

Na sequência do seu email, entendeu esta comissão realizar uma reunião para esclarecimento de algumas dúvidas, que subsistem na análise do seu projecto.

Deste modo, vimos propor o dia 2 de fevereiro, às 15 horas, no 11º piso do edifício 77, desta ARS, no qual se encontra a Comissão.

Agradecia que me confirmasse se é possível.

Grata.

Com os melhores Cumprimentos

Paula Monteiro

Secretariado

Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT

Núcleo Apoio à Investigação clínica



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[redacted]@campus.esel.pt>

Comissão de Ética da ARSLVT - PROCESSO 101/CES/INV/2017

1 mensagem

Paula Monteiro | Assessoria <[redacted]@arslvt.min-saude.pt>
Para: MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[redacted]@campus.esel.pt>

26 de janeiro de 2018 às 09:49

Bom dia Dr.ª Maria Julieta,

Esclareça-me por favor, já não vai realizar este projecto que submeteu à Comissão ?

Com os melhores Cumprimentos

Paula Monteiro

Secretariado

Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT

Núcleo Apoio à Investigação clínica



Av. Estados Unidos da América, 75-77 - 1749-096 Lisboa | Portugal
Tel : 21 842 52 03

www.arslvt.min-saude.pt

De: MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA [mailto:[redacted]@campus.esel.pt]
Enviada: quinta-feira, 25 de Janeiro de 2018 22:54
Para: Paula Monteiro | Assessoria
Assunto: Re: Comissão de Ética da ARSLVT - PROCESSO 101/CES/INV/2017

Boa noite Dra Paula Monteiro,

Venho por este meio confirmar a minha presença na reunião proposta para o dia 2 de Fevereiro às 15 h.

Apêndice XIV:
Análise da observação da prática de cuidados

ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS

A observação da prática de cuidados dos enfermeiros especialistas foi desenvolvida em ambos os contextos de estágio, comunitário e hospitalar. Importa referir que grande parte dos enfermeiros da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)/ Equipa de Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) detinham formação pós-graduada, em diversas áreas, possuindo no geral mais de 10 anos de experiência profissional. Durante o período de realização do estágio, a equipa ECCI/ECSCP esteve em fase de reestruturação, com entrada de novos elementos e saída programada de elementos estruturantes à equipa.

No Serviço de Urgência Geral (SUG), grande parte dos enfermeiros que me acompanharam durante o período de estágio, tinha entre quatro a oito anos de experiência e poucos tinham formação pós-graduada, com exceção da enfermeira responsável pela minha orientação, que desempenhava funções de chefe de equipa.

Na ECCI/ECSCP no que se refere à seleção das visitas domiciliárias, contei com a colaboração dos enfermeiros gestores de caso que me referenciavam quais as visitas domiciliárias que poderiam enquadrar na temática da violência ou quais as situações que seriam consideradas como mais complexas e pertinentes em termos de aprendizagem, tendo em conta os objetivos propostos.

No SUG, diariamente fui acompanhada rotativamente com diferentes colegas, em distintos postos de trabalho, o que permitiu uma maior diversidade de experiências.

Para realizar a observação construí uma grelha com base no Modelo de Parceria de Gomes (2009, 2013) através do qual procurei analisar e refletir sobre as observações realizadas nos dois campos de estágio, com base no referido modelo.

O Modelo de parceria é um modelo de intervenção com a pessoa idosa (PI) que tem em consideração o contexto de vulnerabilidade¹ e de dependência da pessoa. Caracteriza-se pelas suas cinco fases: Revelar-se; Envolver-se; Capacitar ou Possibilitar; Comprometer-se e Assumir o controlo do cuidado de Si próprio ou Assegurar o Cuidado do Outro. Na minha observação verifiquei que na prática dos cuidados as fases não são estanques, estão interligadas e ocorrem num *continuum*, o que vai de acordo com o que refere a literatura (Gomes, 2009 e 2013).

¹ Gomes (2009) citando Macklin (2003) refere que a vulnerabilidade, para além daquela que é intrínseca a todas as pessoas, é entendida como a capacidade que a pessoa tem, ou não, de se proteger, tem uma componente subjetiva porque depende da forma como se autopercecionam.

1. 1ª FASE: REVELAR-SE

“O enfermeiro procura conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa (...) tem uma atitude onde mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa (...) esforçar-se por conhecer a sua identidade (o que é a pessoa, quem é a pessoa) quais os seus valores, cultura, contexto de inter-relação social, mostrando respeito pela pessoa como um ser de direitos.” (Gomes, 2013, p. 99)

1.1. O enfermeiro apresenta-se à pessoa idosa

Nas primeiras visitas em que eu era o elemento estranho, houve sempre o cuidado por parte do enfermeiro que me acompanhava em me apresentar à PI e ao cuidador/família, explicando que já era enfermeira e que estava, enquanto aluna, a aprofundar os meus conhecimentos.

Nas admissões, os enfermeiros e os restantes elementos apresentavam-se, quer à PI, quer ao seu cuidador/família. O cuidado em se apresentar era mantido mesmo em situações em que a PI estava pouco reativa aos estímulos verbais. A saudação acontecia sempre quando chegávamos. Este gesto, sobretudo nas pessoas idosas mais fragilizadas e por isso mais vulneráveis, salientava a preocupação em colocar em relevo a dignidade humana da pessoa, não só perante o olhar do próprio enfermeiro como também do cuidador/familiar.

Durante a prestação de cuidados todos os procedimentos eram explicados ao cuidador na tentativa de envolver o mesmo nos processos de cuidar e de tomada de decisão. Esta visão do cuidador como um parceiro, alguém responsável pela continuidade dos cuidados, foi sempre assumida pelos enfermeiros durante as diferentes interações.

No SUG, com a agitação dos acontecimentos raramente os enfermeiros se apresentavam identificando-se com o seu nome e grupo profissional.

1.2. O enfermeiro conhece a identidade, os valores e o contexto

Cada pessoa vive a situação de doença de forma única e pessoal, de acordo com os seus modelos implícitos de saúde e doença. São estes modelos que permitem dar um sentido às alterações percecionadas do estado de saúde, regulando os comportamentos das pessoas relativamente às mesmas e à prevenção da doença. Para compreender a complexidade da experiência da doença crónica é necessário entender a inter-relação da dimensão psicológica, biomédica e social, sendo que a

tentativa de separar cada uma dessas dimensões pode impedir compreender verdadeiramente o fenómeno (Gomes, 2009).

Com frequência, durante a discussão dos casos em reunião de equipa multidisciplinar e também na prestação de cuidados diretos, era notório o conhecimento que os enfermeiros da ECCI/ECSCP tinham da história de vida da pessoa que acompanhavam, reconhecendo os seus valores culturais e espirituais e o contexto de vida, reafirmando os desejos e as vontades dos mesmos durante as referidas reuniões.

Com determinados enfermeiros, era evidente o esforço que faziam por conhecer o património único e individual dos seus utentes, sendo cada visita uma oportunidade para melhorar esse conhecimento. Havia a tentativa de compreender multiplicidade de elementos que constituem a pessoa, procurando conhecer a força que ainda os fazia mover. Isso obrigava a que os enfermeiros em muitas situações tivessem que ser criativos na procura constante dessas forças vitais que energizavam a vida daquela pessoa. Imaginário (2004) refere que a casa é o cenário de relações afetivas, trocas sociais, reflete um passado e é ela própria um símbolo da dinâmica da vida. Por isso o domicílio acabava por ser um espaço privilegiado, uma vez que promovia a avaliação das dinâmicas familiares. Isso acontecia muitas vezes através de um simples comentário a uma foto de família exposta.

Pude constatar que em algumas situações, através da escuta da narrativa de vida da PI, o enfermeiro conseguia compreender o significado que determinado acontecimento tinha para a pessoa possibilitando em simultâneo identificar com ela os conhecimentos que possuía, mas sobretudo identificar os recursos pessoais e do contexto que ela possuía para fazer face à situação. Esta estratégia era utilizada com muita naturalidade, fruto da grande familiaridade e cumplicidade que existia entre os enfermeiros e as pessoas idosas.

No SUG observei também esse esforço em conhecer os contextos, por parte de uma minoria dos enfermeiros. Habitualmente isso só acontecia nas situações consideradas problemáticas, em que se antevia dificuldades na alta.

1.3. O enfermeiro promove a afetividade, demonstrando carinho e simpatia

Gomes (2009, p. 155) citando Watson (1988) refere que “como ser humano, a pessoa tem necessidade de ser amada, cuidada, de ser aceite, compreendida, valorizada, de transcender a própria existência e encontrar harmonia na vida”.

Na ECCI/ECSCP observei que, na generalidade, a abordagem à PI era realizada de forma amável, existindo uma grande familiaridade entre o enfermeiro, a PI e o

cuidador. Por outro lado havia um grande respeito por um espaço em que somos nós os convidados. Os elementos da equipa eram habitualmente recebidos com alegria.

A abordagem dos enfermeiros para com as pessoas idosas, de uma forma geral, evidenciava carinho, demonstrado não só pelo tom de voz calmo como pela postura corporal. Procuravam olhar “olhos nos olhos”, sempre que estava a ser dada uma informação importante, para que a pessoa olhasse para a expressão facial, permitindo também a leitura labial. O simples facto de o enfermeiro utilizar na interação referências a diálogos passados ou a partilhas efetuadas, demonstrando deste modo que este se lembrava do que a PI lhe havia contado, reforçava o valor que a pessoa tinha para o enfermeiro e isso era reconhecido pela PI, não só pelas palavras como: “Não se esqueceu!...”, como também, muitas vezes, pelo simples sorriso agradecido ou de alguma cumplicidade.

Nem sempre foi possível haver ausência de algum juízo de valor durante as interações. Não é fácil aceitar que a PI possa querer algo diferente daquilo que nós configuramos como bom. Gomes (2009) no seu trabalho de doutoramento “Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio” refere que os enfermeiros revelaram que era importante para eles terem consciência dos seus valores e dos juízos que podem produzir a partir deles, para poderem respeitar a identidade do outro.

Num serviço agitado como o SUG as demonstrações de afeto e carinho não eram tão frequentes, mas ainda assim foi possível observar a forma afetuosa como alguns enfermeiros abordavam a PI.

1.4. O enfermeiro demonstra respeito, pergunta antes de atuar

De uma forma geral na ECCI/ECSCP, os enfermeiros nunca iniciavam um procedimento sem primeiro explicar a intervenção que iam realizar, pedindo previamente autorização antes de intervirem. Foi interessante observar que quando interagiam com as pessoas idosas pouco reativas a estimulação verbal, tinham o mesmo cuidado, explicavam o procedimento², por vezes mais do que uma vez, e pediam autorização, realizavam o procedimento, atentas a algum indício de dor ou desconforto.

O contexto de urgência, onde a permanência da PI representa sempre uma ameaça ao seu equilíbrio pela incerteza da evolução da sua situação clínica, agravada

² Como está descrito na literatura, apesar de não haver alterações significativas ao nível da inteligência, verifica-se uma lentificação em alguns processos, nomeadamente no tempo de reação. A memória primária e de evocação não se modificam, enquanto a memória sensorial e de fixação diminuem, com consequente redução da capacidade de processar a informação de aquisição recente (Cabete, 2005, p. 8).

pelo ambiente desconhecido, stressante e hostil, com grande rotatividade dos profissionais, bem como a utilização de técnicas muitas vezes agressivas, como as colheitas de sangue ou a cateterização de acesso venoso periférico, sem prévia explicação, representa uma ameaça ao seu normal quotidiano e à sua rotina responsável pela manutenção da sua homeostasia (Azevedo, 2014). Importa lembrar que, decorrente do processo de envelhecimento, a PI apresenta uma maior dificuldade na adaptação a novas situações, nomeadamente ao *stress* emocional (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), pelo que neste contexto é ainda mais importante a necessidade de explicar o procedimento e pedir a autorização. Contudo, no SUG nem sempre existia esse cuidado para com pessoas idosas pouco reativas aos estímulos verbais.

2. 2ª FASE: ENVOLVER-SE

“...pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança (...) o enfermeiro tenta identificar o que há de mais singular no cliente idoso” (Gomes, 2013, p. 100)

2.1. O enfermeiro promove a escuta ativa e encoraja expressões e sentimentos

Observei que na ECCI/ECSCP em algumas interações existia uma grande proximidade e afetividade entre o enfermeiro e a PI e isso era manifestado pela forma como o enfermeiro se aproximava afetuosamente da pessoa, pelo tom de voz calmo e pelo seu olhar dirigido ao olhar da PI. Foi neste ambiente que ouvi a Sra. A. a confidenciar os seus receios em relação a zanga com o seu vizinho, que era simultaneamente seu cuidador, e aceitar os conselhos da enfermeira, comprometendo-se a agir em complementaridade para resolver os problemas.

Nem sempre a comunicação era fácil com as PI. De acordo com a literatura, alguns aspetos relacionados com o processo envelhecimento (primário ou secundário), como a diminuição da capacidade auditiva, podem dificultar a comunicação, apesar da capacidade de compreensão não se alterar. Ao nível do discurso observa-se também uma certa lentificação, havendo tendência para uma certa repetição dos conteúdos e fuga ao conteúdo temático. Por isso, a PI tem tendência para utilizar mais palavras para exprimir uma ideia, despendendo mais tempo a fazê-lo (Cabete, 2005).

Esta competência comunicacional permitiu identificar as necessidades e potencializar os recursos da PI. Mas para que esta competência possa ser desenvolvida Gomes (2013) salienta que é necessário que haja tempo e espaço para construir uma relação de qualidade e confiança. Num serviço de urgência geral a forma como o serviço está estruturado nem sempre permite que haja tempo e espaço para um atendimento adequado à PI. A implementação deste modelo implica que os serviços de urgência sejam reestruturados, no sentido de irem ao encontro das necessidades das pessoas idosas, sobretudo as que se encontram numa situação de maior fragilidade³.

2.2. O enfermeiro respeita os tempos

No geral, constatei que existia por parte dos membros da ECCI/ECSCP a preocupação de respeitar o tempo das pessoas.

Grande parte das recomendações eram transmitidas com o enfermeiro sentado com a PI ou o cuidador, frente a frente, sobretudo com as pessoas mais idosas com algumas dificuldades auditivas, não sendo necessário gritar ao ouvido, permitindo inclusivamente a leitura labial. As informações transmitidas eram validadas nas visitas seguintes.

Em certas situações houve a necessidade de modificar o tempo e o objetivo da visita em função da prioridade, preocupação e necessidade da pessoa. Recordo em concreto a admissão da Sra. J., idosa, com uma doença degenerativa com progressão rápida, com múltiplas escaras de decúbito, a residir com o marido octogenário, desesperado porque nunca tinha cuidado de ninguém. “Nem mesmo dos filhos!” Referiu o senhor, e que em menos de dois meses ficou com a esposa acamada. As necessidades eram tão acentuadas e emergentes que acabamos por ficar mais do dobro do tempo previsto.

O respeito pelo tempo da PI passou também por aguardar, não impor soluções aceitando a necessidade de mais tempo para refletir sobre as propostas encontradas em conjunto, sempre que tal era possível.

No SUG tudo funciona de acordo com um outro tempo que não o tempo da PI. Exemplo disso foi o episódio da Sra. M. admitida por descompensação cardíaca, sentada numa cadeira de rodas a aguardar ida para o serviço de radiologia, em simultâneo esta octogenária estava com episódios de diarreia e não havia ninguém

³ O conceito de fragilidade do idoso é amplo e controverso na literatura. Moraes (2017, p. 15) Propõe o conceito de “fragilidade multidimensional” definida como “a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, consequentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional.”

que a pudesse acompanhar ao WC devido ao reduzido número de recursos humanos num turno com grande afluência de doentes. Ofereci-me para a acompanhar, durante a interação lamentava-se por se sentir tão dependente, e no período que permaneceu no Serviço teve por duas vezes de evacuar na fralda porque não teve ninguém que a levasse ao WC, o que a deixava muito constrangida.

2.3. O enfermeiro promove o cuidado em ambiente seguro, na casa do doente, respeita esse ambiente e o significado que o mesmo tem

Entrar numa casa é entrar num espaço íntimo de alguém. Observei que sempre que entrávamos na casa de alguma pessoa havia sempre o cuidado de pedir licença. Por vezes, por necessidade de prestar melhores cuidados, foi necessário adaptar provisoriamente o espaço habitacional às necessidades da própria prestação de cuidados. Nestes casos havia sempre o cuidado de explicar o motivo e solicitar primeiro licença para o fazer.

De reforçar ainda o cuidado que os elementos da equipa da ECCI/ECSCP tinham em respeitar os valores espirituais da pessoa, contribuindo para a promoção de um ambiente seguro.

No SUG o ambiente é habitualmente agressivo, com prolongados tempos de espera (Nolan, 2009), ruído e luz constante, presença de diferentes profissionais e frequente mudança de posição da maca, imposta pelas necessidades dos doentes e condicionada pela capacidade de resposta do Serviço. De acordo com a literatura (Cabete, 2005), o envelhecimento torna as pessoas menos flexíveis e mais apegadas às suas rotinas. As pequenas alterações podem ser geradoras de desorientação e síndromes confusionais⁴, mais acentuados quando as PI possuem défices sensoriais, pois habitualmente são privados dos óculos ou da prótese auditiva (Cabete, 2005). Por outro lado, o isolamento induzido pela hospitalização pode agravar o sentimento de solidão. Cabete (2005) recorda que muitas vezes a PI tem mais medo do abandono do que da morte em si. Em situações pontuais, observamos que os enfermeiros eram sensíveis a estas questões e apesar das dificuldades inerentes à dinâmica do próprio Serviço, facilitavam a permanência do cuidador.

⁴ Delírio (perturbação cognitiva, caracterizada por flutuações dos níveis de atenção, orientação, concentração, percepção, memória e comportamento psicomotor, hipo ou hiperatividade); e estados demenciais (agitação física ou verbal, agressividade, desorientação e a confusão)

3. 3ª FASE: POSSIBILITAR⁵ / CAPACITAR⁶

“... o enfermeiro partilha a responsabilidade e o poder (...) escuta, pergunta, para em conjunto continuarem a identificar e validar a necessidade e as potencialidades da pessoa, valorizando os conhecimentos que a pessoa idosa detém da situação, atendendo às suas prioridades...” (Gomes, 2013, p. 102).

3.1. O enfermeiro partilha informação

Gomes (2009) refere que as pessoas mais informadas envolvem-se de forma mais ativa na prestação de cuidados. Para participar nos cuidados é necessário que a pessoa esteja investida de saber e poder (*empowerment*⁷), para que esta possa recorrer a processos de tomada de decisão para decidir sobre os assuntos que lhe dizem respeito, como os que se relacionam com os seus estilos de vida e a sua saúde.

Observei que habitualmente na ECCI/ECSCP havia a preocupação em informar, sugerir, e clarificar as informações fornecidas, promovendo posteriormente a reflexão. Segundo Gomes (2009) a partilha de informação entre os intervenientes é importante para que o poder esteja ao mesmo nível entre os dois intervenientes e a PI possa decidir de forma esclarecida sobre aquilo que é o melhor para si.

Com frequência observei que estes enfermeiros partilhavam a informação com os seus utentes, nomeadamente no que se referia aos recursos da comunidade (onde e como obter medicação gratuita, colchão de pressão alternada, apoio para higiene pessoal) ou orientação para realização correta de determinadas técnicas (como alimentar por gastrostomia percutânea endoscópica – PEG, como manusear a algália e substituir os sacos coletores, como posicionar). Havia ainda a preocupação de antecipar as necessidades da PI, por exemplo preparando os cuidadores para o que poderia ser a progressão natural da doença. Havia sempre o cuidado em utilizar uma linguagem adequada, simples, adequada à pessoa em questão. Esta partilha

⁵ Possibilitar, para Gomes (2013, p. 103), “implica estar presente e ter cuidado com o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível, no sentido de antecipar complicações, permitir que a pessoa possa ter conforto e bem-estar e prosseguir na sua trajetória de vida, preservando a sua identidade no contexto social”.

⁶ Capacitar, é para Gomes (2013, p. 101) “construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em conta a partilha dos significados da experiência da pessoa num acontecimento crítico, os conhecimentos de cada um para a definição de objetivos, face ao perfil de dependência e independência da pessoa idosa e das pessoas que a rodeiam, nas atividades de manutenção de vida (nas atividades de vida diária e atividades operacionais de vida diária) e de reparação (controlo de sintomas, tratamentos)”.

⁷ *Empowerment* é “entendido como todo o acréscimo de poder que permite aos indivíduos ou unidades familiares aumentarem a eficácia do seu exercício de cidadania” (Friedmann, 1996 citado por Gomes 2009, p. 86).

de informação permitia incluir a PI / cuidador/familiar na ação, estimulando a proatividade, promovendo também a reflexão, no sentido de encontrar a melhor solução para si (PI) ou para o outro (Cuidador/familiar).

No SUG a partilha de informação nem sempre acontecia. Por vezes a informação relativa à alta era deixada junto ao doente sem que ninguém explicasse o conteúdo das cartas. No entanto, nas situações mais complexas havia sempre a preocupação da partilha da informação com o familiar.

3.2. O enfermeiro partilha responsabilidade e poder

Gomes (2009) refere que para existir uma verdadeira parceria, é necessário que haja partilha de responsabilidade. Para tal, é importante que se tenha em conta o conhecimento de cada um dos intervenientes, de forma a colocar em sinergia as ações e decisões que conduzam à construção de uma ação conjunta tendo como centro a PI.

A partilha do poder⁸, no processo de construção da parceria, pressupõe por isso o respeito pela PI, promovendo assim a sua autonomia.

Na ECCI/ECSCP pude testemunhar essa partilha de poder. Recordo em particular a situação da Sra. M., septuagenária, que recentemente tinha sofrido uma queda, estava dependente do marido com quem tinha um relacionamento difícil e da filha que vivia longe. Identificou-se a dificuldade na gestão da medicação. Após informarmos sobre as consequências da má gestão medicamentosa, refletindo-se no mau controlo da dor e consequentemente dificultando a recuperação, foram construídos diferentes cenários com a participação da própria. Foi sugerido deixar a filha gerir a medicação ou assumir ela essa gestão sendo que teria que reportar o modo como o fazia ao enfermeiro gestor do caso. A Sra. M. foi incentivada a escolher o que era o melhor para si.

Mas para que esta partilha de poder fosse eficaz os enfermeiros tinham a preocupação de identificar que tipo de ajuda que a pessoa desejava ter por parte da equipa, e em concreto por parte do enfermeiro, para a realização do seu projeto de vida e de saúde. Habitualmente os enfermeiros da ECCI/ECSCP questionavam diretamente as pessoas idosas ou os seus cuidadores/familiares sobre o tipo de ajuda que preten-

⁸ Gomes (2009) recorda que o poder do enfermeiro advém da sua competência profissional, mas em contexto domiciliário este poder está limitado, devido ao facto de estar no espaço da pessoa idosa, na sua casa, necessitando de o respeitar. No entanto, a presença da doença e o aumento da vulnerabilidade que esta condiciona, pode limitar o exercício desse poder levando à necessidade de negociar.

diam. Era esta clarificação inicial, que permitia que os enfermeiros ajudassem posteriormente no processo de tomada de decisão das pessoas idosas a seu cargo.

De uma forma geral, a partilha de responsabilidades e de poderes não era tão evidente num espaço como um SUG. Sendo o hospital visto pelas pessoas como um local detentor de conhecimento e por sua vez de poder, os profissionais são nestes espaços a expressão desse poder. Por sua vez, as PI que recorrem a estes serviços estão numa posição de grande fragilidade e vulnerabilidade, não só por estarem doentes, como também por se encontrarem num espaço que não é o seu, com regras próprias. Penso que a pressão do tempo e o foco na resolução rápida dos problemas clínicos impede muitas vezes a descoberta da importância da partilha do poder e das responsabilidades. No entanto, observei também algumas atitudes que contrariavam os modelos de intervenção instituídos, demonstrando preocupação com a capacitação da PI, manifestado através da partilha do conhecimento, ajuda na reflexão e no ordenar das ideias, favorecendo os processos da tomada de decisão.

3.3. O enfermeiro escuta e dá reforços positivos

Da minha observação pude constatar que no geral os enfermeiros da EC-CI/ECSCP estavam mais disponíveis para escutar as dúvidas relativas à informação transmitida. Existia a preocupação em clarificar, promover a reflexão e validar o que a PI decidia. O reforço positivo que acontecia com frequência, relembra as conquistas já realizadas e era fundamental em todo este processo. Isso permitia à PI exercer a sua vontade, participar no processo de tomada de decisão.

Embora com menor frequência, pois o foco dos enfermeiros do SUG era o resolver o processo de doença da PI, também estes enfermeiros procuravam escutar e dar reforços positivos à PI.

3.4. O enfermeiro negocia

Gomes (2013) citando Zay e Gonnin-Bolo (1995) refere que o conceito de parceria, do ponto de vista da gestão, se define como um “compromisso numa ação comum negociada” onde está pressuposto que ambos os parceiros estão capacitados de igual forma para poder tomar decisões (Gomes 2013, p. 82). Ora na intervenção com a PI, estamos num contexto de vulnerabilidade e dependência, por isso é importante que previamente tenha havido transmissão clara da informação, uma validação da informação, promovendo um equilíbrio de poderes.

A negociação esteve presente em muitas das situações e ela decorreu de forma natural após o levantamento das necessidades, devidamente validadas, e após a

partilha de informação. Presenciei a negociação quando o enfermeiro, indo ao encontro das queixas da utente relativamente ao desconforto provocado pelas ligaduras, negociou que poderia fazer um pequeno corte ou acima ou abaixo da ligadura, nunca empurrando a ligadura, para que esta não garrotasse, ou quando na presença de má gestão medicamentosa, o enfermeiro negociou a participação da filha para supervisão da toma da mesma.

No entanto nem sempre o que era negociado era cumprido e com frequência havia retrocessos. Por vezes estes retrocessos obrigavam a programar conferências familiares e a redefinir e renegociar as estratégias acordadas.

No SUG, a negociação também era realizada. Mas como ela exige um conhecimento prévio da pessoa e do seu contexto, esta negociação era muito mais difícil de ser realizada, sendo também difícil em muitas situações verificar a eficácia da mesma.

3.5. O enfermeiro e a pessoa idosa reajustam a sua ação

Gomes (2013, p. 101) recorda que do ponto de vista interacionista (conceção filosófica que busca compreender o indivíduo e a sociedade como frutos das suas interações), durante as interações “as pessoas interagem umas com as outras através de interpretação mútua das ações e dos significados que cada um traz para a interação, não reagindo, por isso, somente às ações dos outros”. Por isso toda a interação tem uma percentagem de incerteza e imprevisibilidade sendo necessários ajustes na construção da ação.

Ao longo das visitas domiciliárias, com frequência eram efetuados naturalmente os ajustes nas ações efetuadas.

4. 4ª Fase: Comprometer-se

“... desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa (...)” (Gomes, 2013, p. 103)

Nesta fase, o enfermeiro ajuda a suportar o compromisso que a pessoa faz com base no que faz sentido para si. As ações, quer do enfermeiro quer do cuidador/familiar, visam uma transição progressiva de uma capacidade potencial para uma capacidade real.

4.1. O enfermeiro apoia a pessoa idosa no processo de tomada de decisão, respeitando as suas decisões (Princípio de Autonomia)

Observei que os enfermeiros da ECCI/ECSCP se esforçavam por compreender os significados que a PI atribuía à sua experiência de doença, buscando aquilo que dava sentido à vida da pessoa. Com frequência promoviam, através do reforço positivo, a competência para agir e decidir, apoiando a PI no processo de tomada de decisão.

Nem sempre foi fácil para todos os elementos da equipa aceitar as decisões das pessoas. E quando isso acontecia, o assunto era discutido com o próprio e/ou com o cuidador e com a equipa multidisciplinar. Sempre que possível, a equipa procurava respeitar e aceitar a vontade da PI e ou do seu cuidador/família.

Pude constatar que a participação da PI, ou do cuidador/família, no processo de tomada de decisão, comprometia o próprio. Como a qualquer adulto, era pedido à PI que tomasse consciência das consequências que as decisões teriam para si e para o seu projeto de vida.

5. 5ª Fase: Assegurar o cuidado de Si/ cuidado do Outro

“... o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si (...) a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2013, p. 103)

5.1. O enfermeiro valida o conhecimento que a pessoa idosa tem da sua situação

Esta validação sobre o conhecimento que a PI ou o seu cuidador/familiar detém era frequente na ECCI/ECSCP e também no SUG.

5.2. O enfermeiro valida o conhecimento que a pessoa idosa tem dos recursos disponíveis na comunidade para fazer face às suas necessidades

No sentido de assegurar o cuidado de Si ou o cuidado do outro, o enfermeiro validava se a PI ou o cuidador/familiar sabia onde poderia adquirir gratuitamente medicação ou se já tinha tido a reunião com a diretora técnica da IPSS para assegurar os cuidados de higiene.

5.3. O enfermeiro valida as competências desenvolvidas para o cuidado de Si / cuidado do Outro

As validações das competências desenvolvidas eram uma constante na prática dos enfermeiros da ECCI/ECSCP. Recordo que numa situação de alimentação entérica por PET (Gastrostomia Endoscópica Percutânea) a cuidadora com frequência entupia a sonda porque não conseguia triturar os alimentos devidamente. Numa das vezes foi necessário recorrer a uma agulha de crochê para conseguir desobstruir a sonda. Face à renitência em comprar uma nova varinha mágica, foi-lhe ensinado a passar toda a alimentação pelo coador de cozinha, sendo que com frequência validávamos a forma como o fazia. A validação das competências desenvolvidas tranquilizava e reconfortava o enfermeiro, porque este percecionava, assim, que a PI conseguia gerir a sua situação, que podia ser ou não de doença, acontecendo o mesmo quando se tratava do cuidador/familiar.

No contexto do SUG também havia a preocupação em validar as competências desenvolvidas quer pela PI, quer pelo cuidador/familiar, mas sobretudo quando a PI saía algaliada ou entubada.

Principais conclusões

Tal como referia Gomes (2009, p. 237), constatei que as fases do processo do Modelo de Parceria nem sempre são lineares, as negociações podem não resultar em acordos, podem surgir incumprimentos e conflitos, “no entanto, a parceria permite levar a cabo os compromissos porque há uma melhor compreensão dos significados da experiência de cada um dos intervenientes no processo”, permitindo ganhos para ambos intervenientes.

Sendo a equipa de ECCI/ECSCP uma equipa com formação em paliativos, foi fácil identificar as etapas do Modelo de Parceria preconizadas por Gomes (2009, 2013). Por outro lado, o próprio contexto domiciliário permitiu que houvesse tempo e espaço para a construção de uma relação de parceria. Mas a construção deste modelo de relação necessita também de outros pré-requisitos como a vontade pessoal e institucional e por outro lado, de uma maturidade pessoal e profissional, aspetos que identifiquei de forma mais marcante no contexto da ECCI/ECSCP. Numa fase inicial de desenvolvimento profissional, em que as competências técnicas são tão valorizadas, pelo próprio e pelos pares, é difícil haver a preocupação com os aspetos relacionais. Sobretudo num local tão tecnicista como um SUG onde o modelo

predominante é o biomédico, onde a rapidez e a agilidade técnica e o domínio do conhecimento médico são tão valorizados. Talvez seja importante, pensar num serviço de atendimento com características mais vocacionadas para uma população com necessidades particulares, como é o caso das pessoas idosas e como refere Gomes reconhecer nas pessoas que prestam cuidados a capacidade de pensar a sua acção, dando-lhes tempo e espaço para isso. A enfermagem conta com um saber que lhe é próprio, e a aplicação deste saber em actuação concreta e visível tem como objectivo os ganhos em saúde para a população (Gomes, 2009, p. 262).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Azeredo, Z. (2014). O idoso no serviço de urgência hospitalar. *Journal of Aging & Innovation*, 2(4), 20-26. Acedido em 23/02/2018. Disponível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/Idosos-urgencia.pdf>.
- Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Cabete, D. (2005). *O Idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusociência
- Gomes, I. D. (2009). Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. Tese apresentada a Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *Cuidado da enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp. 77-110). Loures: Lusociência.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Moraes, E. (2012). *Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em 21/03/2017. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Moraes, E., Pereira, A., Azevedo, R. & Moraes, F. (2017). *Avaliação Multidimensional do Idoso*. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Acedido em 28/01/2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apostila_Idoso241017.pdf
- Nolan, M. (2009). Older Patients in the Emergency Department. *Journal of Gerontological Nursing*, 35 (12), 14-18. **Doi:** 10.3928/00989134-20091103-01.

Apêndice XV:
Grelha de análise dos registos de enfermagem

GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

1ª FASE – REVELAR-SE

“... o enfermeiro (...) mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa” (Gomes, 2013, p. 99).

INDICADOR	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Identificação da pessoa idosa		
Nome Completo da Pessoa		
Idade		
Sexo		
Naturalidade		
Morada		
Grau de instrução (sabe ler/não sabe ler)		
Motivo de admissão		
Identificação do profissional de saúde		

2ª FASE – ENVOLVER-SE

“... pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2013, p. 100).

INDICADOR	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Contexto de Vida da pessoa idosa		
Antecedentes de Pessoais		
Terapêutica		
Alergias		
Identificação do Cuidador/Pessoa Significativa		
Contacto telefónico		
Genograma		
Ecomapa		
Avaliação das necessidades básicas de vida diária		
Avaliação das necessidades instrumentais de vida diária		
Avaliação cognitiva		
Identificação de Fatores de risco para violência		
Identificação de Sinais e Sintomas objetivos e/ou Subjetivos de violência		
Recursos Económicos		
Registo da perceção a pessoa tem da sua situação		

3ª FASE- POSSIBILITAR / CAPACITAR

“... o enfermeiro partilha a responsabilidade e o poder (...) escuta, pergunta, para em conjunto continuarem a identificar e validar a necessidade e as potencialidades da pessoa, valorizando os conhecimentos que a pessoa idosa detém da situação, atendendo às suas prioridades...” (Gomes, 2013, p. 102).

INDICADOR	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira promove o cuidado de Si na pessoa idosa		
Registo da validação das necessidades identificadas		
Registo da partilha informação e conhecimento (ensinos)		
Registo da articulação com outros profissionais de saúde de acordo com as necessidades da pessoa idosa /cuidador familiar		
A enfermeira promove o cuidado do Outro no familiar cuidador		
Registo da validação das necessidades identificadas com cuidador		
Registo da partilha informação e conhecimento com o cuidador relativamente ao cuidar (capacitação/empoderamento)		
Registo da partilha informação e conhecimento com o cuidador, sobre os possíveis recursos da comunidade (nomeadamente, descanso do cuidador e apoio na higiene.)		

4ª FASE- COMPROMETER-SE

“... desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa...” (Gomes, 2013, p. 103).

INDICADOR	REGISTADO	NÃO REGISTADO
A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de Si		
Registo do apoio à pessoa idosa no processo de tomada de decisão (Princípio de Autonomia), respeitando as suas decisões		
Registo da validação com a pessoa idosa das intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado de Si		
Registo da negociação realizada em parceria com a pessoa idosa		
A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do Outro		
Registo do processo de capacitação do cuidador para assumir ou assegurar o cuidado do Outro, elucidando da importância de manter a autonomia da pessoa idosa, incentivando a promoção da autonomia da pessoa idosa		
Registo da validação com o cuidador das intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado Do Outro		
Registo da negociação realizada em parceria com o cuidador		

5ª FASE- ASSEGURAR O CUIDADO DE SI/ CUIDADO DO OUTRO

“... o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde (...) a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente...” (Gomes, 2013, p. 103).

INDICADOR	REGISTADO	NÃO REGISTADO
Assumir e assegurar o controlo do cuidado de Si		
Registo da consciencialização do próprio relativamente ao risco em que se encontra		
Registo da gestão eficaz do processo de tomada de decisão, por parte da pessoa idosa, com base expetativas reais		
Registo da validação do conhecimento da pessoa idosa relativamente aos recursos disponíveis na comunidade		
Assumir e assegurar o controlo do cuidado o Outro		
Registo da consciencialização do cuidador, da situação de risco que a pessoa idosa se encontra		
Registo da gestão eficaz do processo de tomada de decisão, por parte do cuidador, com base em expetativas reais		
Registo da validação do conhecimento do cuidador, relativamente aos recursos disponíveis na comunidade		

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *Cuidado da enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp. 77-110). Loures: Lusociência.

Apêndice XVI:
Análise dos registos de enfermagem na ECCI/ECSCP

RESULTADOS DA AUDITORIA AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

Na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (EC CI) / Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) realizei uma auditoria a 43 processos físicos referentes aos utentes com mais de 65 anos, que eram acompanhados pela equipa. Como não foi possível, por limitação de tempo e de acesso aos processos, consultar todas as notas do *SClínico* dos 43 processos, optei por analisar os registos dos utentes em que acompanhei as visitas domiciliárias, no período entre 30 de Outubro a 17 de Novembro¹.

Os dados referentes à identificação da pessoa idosa e ao contexto de vida da pessoa idosa foram colhidos através da consulta dos processos físicos (total de 43 processos), sendo os restantes parâmetros avaliados através da análise dos registos clínicos dos utentes acompanhados em domicílio (total de 7 processos).

1ª Fase – Revelar-se

“...o enfermeiro (...) mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa” (Gomes, 2013, p. 99).

Indicador	Registado	Não Registado
Identificação da pessoa idosa		
Nome Completo da Pessoa	43	0
Idade	43	0
Sexo	43	0
Naturalidade	43	0
Morada	43	0
Grau de instrução (sabe ler/não sabe ler)	31	12
Motivo de admissão	43	0
Identificação do profissional de saúde	39	4

¹ Trata-se de uma amostra de conveniência / Amostragem acidental: os elementos foram selecionados por estarem imediatamente disponíveis. Na amostragem não probabilística, os elementos da população não têm a mesma probabilidade de serem selecionados, portanto não há garantias da representatividade da população (Fortin, 1999, p. 208; Hill & Hill, 2000 p. 49).

2ª Fase – Envolver-se

“...pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2013, p. 100).

Indicador	Registado	Não Registado
Contexto de Vida da pessoa idosa		
Antecedentes de Pessoais	43	0
Terapêutica	43	0
Alergias	8	35
Identificação do Cuidador/Pessoa Significativa	43	0
Contato telefónico	43	0
Genograma	40	3
Ecomapa	3	40
Avaliação das necessidades básicas de vida diária	43	0
Avaliação das necessidades instrumentais de vida diária	43	0
Avaliação cognitiva	0	43
Identificação de Fatores de risco para violência	0	43
Identificação de Sinais e Sintomas objetivos e/ou Subjetivos de violência	0	43
Recursos Económicos	0	43
Registo da perceção a pessoa tem da sua situação	0	43

3ª Fase – Possibilitar / Capacitar

“... o enfermeiro partilha a responsabilidade e o poder (...) escuta, pergunta, para em conjunto continuarem a identificar e validar a necessidade e as potencialidades da pessoa, valorizando os conhecimentos que a pessoa idosa detém da situação, atendendo às suas prioridades...” (Gomes, 2013, p. 102).

Indicador	Registado	Não Registado
A enfermeira promove o cuidado de Si na pessoa idosa		
Registo da validação das necessidades identificadas	4	3
Registo da partilha informação e conhecimento (ensinos)	4	3
Registo da articulação com outros profissionais de saúde de acordo com as necessidades da pessoa idosa /cuidador familiar	4	3
A enfermeira promove o cuidado do Outro no familiar cuidador		
Registo da validação das necessidades identificadas com cuidador	3	4
Registo da partilha informação e conhecimento com o cuidador relativamente ao cuidar (capacitação/empoderamento)	3	4
Registo da partilha informação e conhecimento com o cuidador, sobre os possíveis recursos da comunidade (nomeadamente, descanso do cuidador e apoio na higiene.)	3	4

4ª Fase – Comprometer-se

“... desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa...” (Gomes, 2013, p. 103).

Indicador	Registado	Não Registado
A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de Si		
Registo do apoio à pessoa idosa no processo de tomada de decisão (Princípio de Autonomia), respeitando as suas decisões	1	6
Registo da validação com a pessoa idosa das intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado de Si	2	5
Registo da negociação realizada em parceria com a pessoa idosa	4	3

Indicador	Registado	Não Registado
A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do Outro		
Registo do processo de capacitação do cuidador para assumir ou assegurar o cuidado do Outro, elucidando da importância de manter a autonomia da pessoa idosa, incentivando a promoção da autonomia da pessoa idosa	3	4
Registo da validação com o cuidador das intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado do Outro	0	7
Registo da negociação realizada em parceria com o cuidador	3	4

5ª Fase- Assegurar o cuidado de Si/ cuidado do Outro

“... o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde (...) a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente...” (Gomes, 2013, p. 103).

Indicador	Registado	Não Registado
Assumir e assegurar o controlo do cuidado de Si		
Registo da consciencialização do próprio relativamente ao risco em que se encontra	1	6
Registo da gestão eficaz do processo de tomada de decisão, por parte da pessoa idosa, com base em expectativas reais	1	6
Registo da validação do conhecimento da pessoa idosa relativamente aos recursos disponíveis na comunidade	1	6
Assumir e assegurar o controlo do cuidado do Outro		
Registo da consciencialização do cuidador, da situação de risco que a pessoa idosa se encontra	1	6
Registo da gestão eficaz do processo de tomada de decisão, por parte do cuidador, com base em expectativas reais	1	6
Registo da validação do conhecimento do cuidador, relativamente aos recursos disponíveis na comunidade	1	6

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Gomes, I. D. (2013). Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio. In M. A. Lopes. *Cuidado da enfermagem à Pessoa Idosa – Da Investigação à prática* (pp. 77-110). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Hill, M., Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Apêndice XVII:
Reflexão sobre os registos na ECCI/ECSCP e no SUG

REFLEXÃO SOBRE OS REGISTOS DE ENFERMAGEM

Os registos de enfermagem são uma preocupação para os enfermeiros, porquanto traduzem um importante meio de comunicação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, demonstram a individualidade dos cuidados e permitem a continuidade dos mesmos. Simultaneamente possuem um valor legal e possibilitam também a avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Potter & Perry, 2006 citados por Silvestre, 2012; Akhu-Zaheya, Al-Maaitah & Hani, 2018), uma vez que os sistemas de avaliação de qualidade têm por base os registos de enfermagem, úteis na acreditação dos serviços e nos controlos de qualidade (Marinis et al., 2010). Com base nestas premissas procurei analisar e refletir sobre os registos de enfermagem efetuados em ambos os contextos de estágio.

1. Registos de Enfermagem na Equipa de Cuidados Continuados Integrados / Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

Na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) / Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) a colheita de dados inicial era realizada manuscritamente em impressos próprios e simultaneamente na plataforma GestCare CCI da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Os registos de continuidade dos cuidados¹ eram realizados no SClínico², sendo as reavaliações mensais e as avaliações antes da alta, obrigatoriamente realizadas na plataforma informática GestCare CCI da RNCCI.³

Nesta unidade foi realizada uma auditoria a todos os processos físicos, de todos os utentes com 65 e mais anos, acompanhados pela equipa. Não foi possível por limitação de tempo e de acesso aos processos, consultar todas as notas do

¹ **Continuidade de Cuidados** são um “conjunto de intervenções de saúde que implicam uma relação contínua entre o prestador e o destinatário dos cuidados” (Missão dos Cuidados de Saúde Primários, 2007, p. 20).

² O **SClínico – Cuidados de Saúde Primários** é um sistema de informação, da responsabilidade dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), que nasceu da vasta experiência com duas anteriores aplicações: o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Este sistema contribui para a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, garantindo a normalização da informação, a integração dos sistemas informáticos na organização bem como a intercomunicação dos sistemas informáticos entre as várias instituições prestadoras de cuidados de saúde (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2018).

³ A **plataforma GestCare CCI da RNCCI** integra diversos módulos de avaliação, associados ao utente e a cada um dos seus episódios na RNCCI, nomeadamente e entre outros: Avaliação Médica; Avaliação Enfermagem; Avaliação Social; Risco de Úlceras de Pressão; Avaliação de Úlceras de Pressão; Avaliação da funcionalidade para o adulto e para a pessoa idosa; Registo de Pensos e Apósitos; Avaliação da Dor; Risco de Quedas; Cuidados Paliativos – Avaliação; Avaliação de sintomas de Edmonton; Identificação de necessidade de apoio social; Registo de prestação de cuidados no domicílio; Agudizações/Reserva de vaga; Nota Alta (Care4IT, 2018).

SClínico. Assim sendo, optei por analisar os registos dos utentes em que acompanhei as visitas domiciliárias, no período entre 30 de Outubro a 17 de Novembro, num total de 7 processos.

Nos processos físicos, constatei que estavam descritas intervenções sobretudo de âmbito biomédico, encontrando registados alguns fatores de risco para a violência, como a dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, e a sobrecarga do cuidador. Contudo, não identifiquei referências a outros fatores de risco como a dependência financeira do cuidador, a coabitação e o isolamento social. Pude ainda testemunhar a preocupação dos enfermeiros em documentar as opiniões, crenças e valores da pessoa cuidada, demonstrando centralidade dos cuidados. Os registos dos planos de cuidados demonstravam a preocupação em promover a autonomia da pessoa idosa e do cuidador através do estabelecimento de relações de parceria com os mesmos, havendo registos dos acordos negociados.

Marinis et al. (2010) refere que há incongruências relativamente ao que é observado, ao que é relatado pelos enfermeiros e ao que é registado, isto é, os enfermeiros fazem mais do que registam, o que revela que priorizam os cuidados prestados face aos registos. Pude constatar que, sobretudo nos dias em que havia mais trabalho, os registos eram significativamente mais pobres. Perante um tempo de serviço limitado, exigindo-se mais cuidados prestados (em número de tarefas e/ou em complexidade de intervenções), os enfermeiros optavam com frequência, pela prestação de cuidados em detrimento dos registos, porque os mesmos eram muitas vezes vistos como burocracia, o que corrobora com o que diz a literatura (Silvestre, 2012). Este mesmo autor acrescenta, que o desafio mantém-se no reconhecimento da importância dos registos. Como nem sempre os registos espelham o que é realmente feito, facilmente se pode incorrer na questão: “se não é registado é porque não aconteceu” (McWay 2002, citado por Marinis et al., 2010, p. 1545).

Pude constatar que a ECCI/ECSCP tem instituída uma série de instrumentos de avaliação de preenchimento obrigatórios, sendo que a sua aplicação nem sempre é vista como uma vantagem, por parte dos enfermeiros.

2. Registos de Enfermagem no Serviço de Urgência

Relativamente ao **Serviço de Urgência**, os registos eram efetuados na plataforma informática *Sorien*. De uma forma geral, todos os registos estavam centrados em aspetos biomédicos, sendo que poucos registos faziam referência ao cuidador familiar ou mencionavam os indicadores de suspeita de violência sobre a pessoa

idosa. Importa ainda referir, que na plataforma informática existe um item “maus tratos” de acesso restrito aos médicos, ou seja, só este grupo profissional pode fazer registos, sendo que os registos de enfermagem relativos à suspeita de violência eram realizados em diário clínico. Durante o período de estágio deparei-me com algumas situações de suspeita de negligência. Pude constatar que quando estas situações ocorriam e dependendo da gravidade da situação, a pessoa idosa era tratada da sua situação clínica, e era encaminhada para a técnica superior de serviço social, aguardando no serviço de urgência por uma vaga num equipamento social da Segurança Social, ficando registado em diário clínico “aguarda resolução social”.

Síntese

Do confronto entre a observação realizada e os registos efetuados concluí que os enfermeiros, de uma forma geral, mas sobretudo no serviço de urgência, faziam mais do que aquilo que registavam. Neste último serviço, face ao acesso facilitado aos resultados dos exames complementares de diagnóstico e laboratoriais por parte dos enfermeiros, a perceção das necessidades médicas de cada doente era maior, havendo preocupação em registar os últimos resultados dos exames nas notas de enfermagem, persistindo o enfoque no modelo biomédico.

Documentar o processo de enfermagem é crucial para cuidado centrado na pessoa e para garantir a segurança dos utilizadores dos serviços de saúde. Por outro lado, os registos traduzem a competência profissional pelo que, sobretudo os enfermeiros com formação pós-graduada, não deveriam descurar este aspeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R. & Hani, S. (2018). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*, 27, e578–e589. **Doi:** 10.1111/jocn.14097
- Care4IT (2018). *GestCare CCI*. Acedido em: 20/03/2018. Disponível em: <http://www.care4it.pt/pt/cuidados-continuados-integrados>.
- Missão dos cuidados de saúde primários (2007). *Cuidados continuados integrados nos cuidados de saúde primários – Carteira de serviços*. Lisboa. Missão dos Cuidados de Saúde Primários.
- Marinis, M., Piredda, M., Pascarella, M., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, D. ... Matarese, M. (2010). ‘If it is not recorded, it has not been done!’? Consistency be-

tween nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1544-1552. **Doi:** 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2018). *SClínico – Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. Acedido em: 20/03/2018. Disponível em: <https://spms.min-saude.pt/product/sclinicocsp-2>.

Silvestre, M. C. C. (2012). *Os registos de enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=veU75R87>.

Apêndice XVIII:
Reflexão sobre as questões éticas e legais da denúncia

QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS DA DENÚNCIA

Denunciar ou não denunciar? Respeitar ou não respeitar o direito da pessoa cognitivamente competente de não querer denunciar? Quem deve proceder à denúncia? Podem os enfermeiros denunciar? Todas estas questões foram colocadas de forma transversal ao longo do período de estágio e debatidas, quer com os colegas enfermeiros da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) / Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), quer com os múltiplos profissionais com quem tive oportunidade de me cruzar ao longo deste período. A este respeito Bernal e Gutiérrez (2005) salientam a importância de se refletir antes de atuar, acrescentando que, em termos gerais, toda a atuação deve ser delineada tendo por base os princípios da justiça, autonomia, não maleficência e beneficência.

1. Entre a autonomia e o paternalismo

Respeitar ou não respeitar o direito da pessoa cognitivamente competente de não querer denunciar? Especificamente esta questão foi suscitada pelo receio da possibilidade de rejeição da intervenção e de perda de confiança por parte da pessoa idosa (PI), dado o profissional não ter respeitado a sua vontade, interrompendo o contacto (a relação clínica) entre a PI e o profissional, com potencial aumento de perigo para a PI.

Santos & Nichols-Hadeed (2017) referem que todos os dias as pessoas questionam sobre as decisões que tomam e para a maioria das pessoas, as decisões menos corretas resultam em danos mínimos. No entanto, quando as PI mais vulneráveis tomam decisões menos corretas, de acordo com o nosso quadro de valores, não deixarmos de nos questionar. Quando uma PI continuamente rejeita a nossa ajuda ou toma decisões que acreditamos que resultarão em danos irreparáveis, sentimos com frequência a obrigação de intervir. Tendo em conta que “qualquer que seja a circunstância do doente idoso, ele é um ser de ação, decisão e cuidado” (Gomes, 2013, p. 94) como poderemos nós intervir indo contra a vontade expressa pelo mesmo? Como poderemos simultaneamente promover a autonomia¹ da PI, enquadrada no modelo de cuidado centrado na pessoa e não respeitar as suas decisões? O desejo de respeitar a autonomia da PI pode entrar em conflito com o desejo de providenciar cuidados benéficos ou de minimizar danos evitáveis (Bernal e Guti-

¹ Importa não confundir a incapacidade de realizar algo (dependência), com a capacidade de decidir (autonomia) (Bernal e Gutiérrez, 2005).

érrez, 2005). Cuidar de uma PI vulnerável que repetidamente toma decisões menos adequadas à sua situação pode ser uma tarefa muito árdua e frustrante que pode conduzir à necessidade de se avaliar a capacidade cognitiva e, possivelmente até posteriormente iniciar-se um processo de interdição² e nomear-se um tutor (Santos & Nichols-Hadeed, 2017).

O ato de questionar a capacidade de julgamento de outra pessoa e por consequência tirar o direito de tomar decisões, nunca deve ser realizado de “ânimo leve”, há que garantir que estamos a agir de forma o mais ética possível. Por isso qualquer consideração relativamente à avaliação da capacidade de tomar decisões exige que consideremos o motivo pelo qual estamos a avaliar a capacidade cognitiva. O motivo da avaliação decorre de um incidente isolado ou pode configurar um problema que se irá perpetuar?

Ao longo da história, os profissionais de saúde, onde se inclui os enfermeiros, foram treinados para adotar atitudes paternalistas (Santos & Nichols-Hadeed, 2017). Esta atitude paternalista, que implica que haja alguém em posição de autoridade sobre o outro, está incorporada em muitas das nossas práticas, sendo contrária à promoção da autonomia das pessoas. Esta relação de poder e controlo sobre o outro pode, nomeadamente, ser visto como um relacionamento coercitivo. O enfermeiro pediu e a pessoa seguiu sem questionar.

Não deveria a premissa de os doentes poderem participar da discussão para decidirem sobre o seu próprio projeto de saúde, ser considerada como um direito humano?

É importante ter em conta que, ao se intervir nas PI, é necessário respeitar a sua própria decisão, o que pode limitar as intervenções dos prestadores de cuidados. Adultos com capacidade cognitiva têm o direito de continuar a escolher conviver com os seus agressores, poder decidir não denunciar e decidir tomar várias decisões menos corretas. E isso representa barreiras e frustrações para aqueles, que como nós, tentam manter a segurança das PI sob os nossos cuidados.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2007 e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 71/2009, de 30 de julho, de 2009, recorda na alínea a, do artigo 3.º, que um dos princípios pelo qual se deve reger a nossa intervenção é “o respeito pela

² Com a interdição a PI é colocada numa posição jurídica de um menor, com incapacidade de exercício de direitos e de dependência em relação ao seu tutor. É um processo caro, longo e estigmatizante (Faria, 2015).

dignidade inerente, autonomia individual, incluindo a liberdade de fazerem as suas próprias escolhas, e independência das pessoas”.

Quando a pessoa com capacidade cognitiva intacta não quer colaborar e é evasiva, nomeadamente durante a entrevista, há que considerar a hipótese da pessoa poder não estar disposta a divulgar a sua história pessoal e aspetos da sua esfera íntima, e há que respeitar esse direito. É importante também assegurar que a PI não está a ser coagida (DGS, 2016). Na relação enfermeiro / PI, ambas as partes devem desejar comunicar e partilhar os seus pontos de vista e desejos. Apesar de frequentemente nos focarmos no papel do enfermeiro para facilitar este processo, há que ter em conta que também a PI deve estar disposta a dialogar e a expressar uma escolha. Excetuando as situações de perigo, é essencial que haja um trabalho de acompanhamento continuado e o desenvolvimento de uma relação empática e de confiança entre o enfermeiro e a PI, que permita a expressão dos motivos da recusa, dos medos, das necessidades da PI (Olson & Hoglund, 2014; Caceres & Fulmer, 2016; DGS, 2016).

Tendo em conta o complexo impacto da violência sobre o equilíbrio e a saúde emocional de quem é vítima, e que frequentemente não estão disponíveis os recursos e as condições internas e externas que permitam efetuar mudanças ou seguir orientações recomendadas, é fundamental que o enfermeiro respeite o tempo e ritmo da PI (DGS, 2016). Paralelamente há que também considerar que, para muitas decisões clínicas, não há só uma opção adequada, mas sim uma série de escolhas possíveis (Santos & Nichols-Hadeed, 2017) e a PI depois de devidamente capacitada, deve participar na escolha do que é melhor para si. Esta participação ativa da PI irá permitir consolidar as mudanças de forma mais efetiva, pois terá por base fatores internos à pessoa e não imposições externas (DGS, 2016).

2. Entre o dever da denúncia e do segredo profissional

Manter o segredo profissional é um dever deontológico (Lei nº 156/2015, artigo 106.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) e é uma condição essencial ao relacionamento enfermeiro-utente. É também um direito do utente, reconhecido no artigo 3.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, lei que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. O segredo profissional é resultado da relação terapêutica próxima entre ambos, sedimentada na confiança (Ordem dos Enfermeiros [OE], Parecer 114/2009) e impõe-se em todas as circunstâncias,

ainda que se trate de uma informação³ recolhida por parte de terceiros, familiares ou não, da suposta vítima ou do suposto agressor, ou informação produzida pela equipa multidisciplinar (OE, Parecer CJ 222/2014). No caso concreto de uma situação de confirmação de violência doméstica, se a **vítima, com capacidade cognitiva, desejar não denunciar** e solicitar expressamente a sua **não divulgação**, de acordo com o código deontológico do enfermeiro (2015), só é possível a divulgação da informação confidencial nas situações previstas na lei, sendo necessário para tal primeiro recorrer ao aconselhamento deontológico e jurídico (Lei nº 156/2015, artigo 106º, alínea d, do Estatuto da OE). E apenas e só após autorização do Presidente da Ordem dos Enfermeiros é que o enfermeiro pode pedir dispensa do dever de sigilo, revelando unicamente o que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses da pessoa e do enfermeiro.

Em Junho de 2017, saiu o regulamento de aconselhamento deontológico (Regulamento n.º 338/2017) para efeitos de divulgação de informação confidencial e dispensa do segredo profissional, com o intuito de regulamentar os procedimentos a adotar nas situações em que o enfermeiro pretenda a dispensa do dever de sigilo. Este regulamento refere no artigo 7.º que “o enfermeiro pode ainda revelar informação confidencial desde que obtenha o consentimento do sujeito de cuidados ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, **e desde que a revelação não prejudique terceiras pessoas** com interesse na manutenção do segredo.” Questiono se uma vez obtido o consentimento do sujeito dos cuidados, ainda não se está numa situação de dever de sigilo? Isto porque logicamente numa situação de violência em que há um agressor, ao haver denúncia, o agressor sentir-se-á prejudicado. Sabemos que na maioria das vezes o agressor não reconhece a sua culpa⁴. Essa é inclusive uma das metas dos programas de reinserção dos agressores.

Assumindo a violência doméstica a natureza de crime público⁵ (Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro de 2007) e, como tal, de denúncia obrigatória para os funcionários (alínea b do artigo 242.º do Código do Processo Penal), como pode o enfermeiro conciliar a observância deste normativo e o dever de assegurar segredo profissional ine-

³ O regime jurídico da informação de saúde consta da Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, artigo 2º, que refere que “a informação em saúde abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.”

⁴ Habitualmente os agressores têm tendência para minimizar a agressão, quer através da negação, quer através da inversão do comportamento agressivo, culpando a vítima pelo mesmo, não sentindo, por isso, necessidade de o alterar (DGS, 2016).

⁵ O que quer dizer que qualquer um pode denunciar, podendo eventualmente a denúncia ser anónima. Em qualquer uma das situações o Ministério Público é obrigado a investigar mesmo contra a vontade da suposta vítima.

rente à sua prática e à relação que tem com cada um dos seus utentes? Sabemos que o Código Penal prevalece sobre os códigos deontológicos, mas nenhum enfermeiro se quer ver envolvido num processo com o risco de ser suspenso pela Ordem e deixar de estar habilitado a exercer. Neste contexto é importante enfatizar o papel das equipas multidisciplinares. A literatura preconiza que as intervenções, e neste contexto também as denúncias, sejam realizadas pela equipa multidisciplinar⁶ (APAV, 2010; Phelan, 2010; Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2013; Caceres & Fulmer, 2016), apoiadas por uma avaliação adequadamente sustentada de forma a não aumentar o risco de violência pela denúncia (DGS, 2016).

Neste campo também as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) detêm um papel relevante, não só ao nível da consultoria como na própria intervenção, por serem equipas multidisciplinares. Estas estruturas estão aptas a iniciar um processo de denúncia, não sendo necessário aguardar a autorização das respetivas ordens profissionais. Em algumas instituições são as técnicas superiores de serviço social, que não estão sob a abrangência de nenhum código deontológico, que acabam por assumir as situações e a iniciar o processo de denúncia.

Contudo, importa realçar, que nas situações de perigo iminente⁷ que ameace a saúde, a integridade física ou a vida da PI, não pode haver dúvidas quanto à necessidade da inevitável quebra do sigilo, por parte do enfermeiro ou de qualquer outro profissional de saúde (DGS, 2016). O direito à vida claramente se sobrepõe ao direito à confidencialidade e à autonomia (Phelan, 2012).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual Títono – Apoio a Pessoas Idosas vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV.
- Bernal, A. & Gutiérrez B. (Coords.) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO. Acedido em:

⁶ A elaboração da denúncia, sempre que possível, deve ser “subscrita em nome do serviço, evitando a exposição da identificação do/a profissional que possa acarretar riscos de retaliação” (DGS, 2016, p. 118).

⁷ Perigo eminente entendida como situação de urgência na qual se verifica situação de perigo de vida, com risco de dano a integridade física (APAV, 2011) “fundamentada na entrevista, perceção da vítima, avaliação biopsicossocial e exame físico” (DGS, 2016, p. 178).

17/04/2017.

Disponível

em:

<http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51212>.

Caceres, B. & Fulmer, T. (2016). Mistreatment Detection. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, D. Zwicker (Edit.). *Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice* (5th ed.) (p.179-194). New York: Springer Publishing Company.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2013). *Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Acedido

em

11/11/2017.

Disponível

em:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf.

Decreto do Presidente da República n.º 71/2009 (2009). Ratifica a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007. Presidência da República. Diário da República Série I (n.º 146 de 2009-07-30), 4875-4875. **ELI:**

<https://data.dre.pt/eli/decpresrep/71/2009/07/30/p/dre/pt/html>.

Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª edição) Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>

Faria, M. P. R. (2015). *Os Crimes Praticados Contra Idosos*. Porto: Universidade Católica Editora.

Gomes, I. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. Anjos (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp. 77-113). Loures: Lusociência.

Hespanhol, A., Couto, L. & Martins, C. (2008). A Medicina Preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 49-64. **Doi:** 10.32385/rpmgf.v24i1.10462.

Lei n.º 12/2005 (2005). Informação genética pessoal e informação de saúde. Assembleia da República. Diário da República, Série I-A (N.º 18 de 2005-01-26), 606 – 611. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/12/2005/01/26/p/dre/pt/html>.

Lei n.º 59/2007 (2007). Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro. Assembleia da República. Diário da República, Série I (N.º 170 de 2007-09-04), 6181-6258. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/59/2007/09/04/p/dre/pt/html>

- Lei n.º 15/2014 (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Assembleia da República. Diário da República, Série I (N.º 57, de 2014-03-21), 2127-2131. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/15/2014/03/21/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei nº 2/2013, de 10 de Janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. Diário da República, Série I (N.º 181 de 2015-09-16), 8059-8105. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Norman, A. & Tesser, C. (2009), Prevenção quaternária na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, 25(9), 2012-2020. **Doi:** 10.1590/S0102-311X2009000900015.
- Olson, J. & Hoglund, B. (2014). Elder Abuse: Speak out for Justice. *Journal of Christian Nursing*, 31(1), 14-21.
- Ordem dos Enfermeiros, Parecer 114/2009, sobre divulgação de informação em caso de suspeita de maus tratos. Acedido em: 03/07/2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_114_2009_denuncia_maustratos.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros, Parecer CJ 222/2014, sobre sigilo profissional e segurança da informação. Acedido em: 05/10/2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_222_2014_SegurancaInformacaoSigiloProfissional.pdf.
- Phelan, A. (2010). Elder Abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478. **Doi:** 10.12968/bjcn.2010.15.10.78727.
- Phelan, A. (2012). Elder abuse in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 20(4), 214–220. **Doi:** 10.1016/j.ienj.2012.03.009.
- Regulamento n.º 338/2017 (2017). Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série II (N.º 120, de 2017-06-23), 12770-12772. Acedido em: 22/10/2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/107553282>.

Santos, E. & Nichols-Hadeed, C. (2017). Medical Decision-Making Capacity and Ethical Considerations. In X. Dong. *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (pp. 229-246). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.

Apêndice XIX:
Reflexão sobre os níveis de prevenção

NÍVEIS DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: UMA BREVE REFLEXÃO

Face à complexidade do fenómeno da violência contra a pessoa idosa (PI) e às suas gravosas consequências, a prevenção deve constituir uma prioridade. Mas em que consiste em concreto a prevenção e que implicações tem para a enfermagem?

Com este trabalho procuro analisar o que a literatura contemporânea apresenta sobre os diferentes níveis de prevenção, refletindo sobre as suas implicações para a enfermagem.

Em Portugal, a Lei n.º 129/2015, de 3 de setembro, estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas, assumindo a saúde, neste âmbito, um conjunto de responsabilidades, a nível da prevenção primária, secundária e terciária (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2016).

Bernal & Gutiérrez (2005) referem que a violência pode ser analisada como se de uma história natural de “doença” se tratasse. Começando por uma situação “ideal” de saúde, com ausência de risco de violência, pode-se passar para uma situação de risco, evoluindo posteriormente para a existência de violência oculta ou manifesta. Pode ocorrer a possibilidade, após a intervenção, de reincidência quando as situações não ficaram bem resolvidas.

O fenómeno da violência contra a PI implica uma intervenção nos vários níveis de prevenção (Bernal & Gutiérrez, 2005; Phelan, 2010; DGS, 2016). Atualmente estão descritos na literatura cinco níveis de prevenção (Maireles, 2008): primordial, primária, secundária, terciária e quaternária.

1. Os cinco níveis de prevenção da violência contra a pessoa idosa

1.1. Prevenção primordial

A prevenção primordial pretende a diminuição da vulnerabilidade da população idosa, ao nível macrossocial. Numa sociedade onde a discriminação contra as PI é uma realidade, não podemos esperar encontrar cenários em que não haja risco do aparecimento de violência. Por esta razão, a prevenção deve começar com a promoção de atitudes sociais positivas que criam um “clima social” que minimiza os riscos. As medidas propostas neste nível de prevenção são denominadas de impacto

indireto, e visam influenciar as atitudes e pressupostos morais de uma sociedade e seus diferentes grupos (Bernal & Gutiérrez, 2005).

A este nível de prevenção, a **intervenção** passa pela valorização da imagem e do papel cívico deste grupo populacional na sociedade; pelo combate aos estereótipos associados a esta faixa etária (Bernal & Gutiérrez, 2005; Santos & Vieira, 2014), valorizando a transmissão das suas experiências e histórias de vida aos mais novos (DGS, 2016); pelo fomento e difusão do conhecimento sobre esta etapa de desenvolvimento junto dos profissionais que lidam com a população idosa; pelo incentivo à investigação científica na área da gerontologia; e pelo desenvolvimento das estruturas sociais de apoio à PI, potenciadoras de um envelhecimento ativo, como os centros comunitários, centros de dia, associações culturais, de lazer e desportivas, universidade da terceira idade. Todas estas estruturas são relevantes, uma vez que promovem o acesso das pessoas idosas a uma vida social ativa, através do convívio e do desenvolvimento pessoal (Bernal & Gutiérrez, 2005; DGS, 2016).

Bernal & Gutiérrez, (2005) referem que medidas deste nível de atuação são mais eficazes do que à primeira vista podem parecer.

1.2. Prevenção primária

A prevenção primária consiste no controlo dos fatores de risco **modificáveis** (Hespanhol, Couto & Martins, 2008). De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman pretende-se identificar o *stressor*¹ ou eventual *stressor*, possibilitando assim, reduzir a probabilidade de enfrentá-lo e/ou aumentar a capacidade de resposta do organismo para diminuir a sua reação a este (Freese, 2004). Tem como objetivo impedir o aparecimento de casos de violência atuando sobre as causas / fatores de risco.

As **intervensões** desenvolvidas são no sentido de expandir a linha flexível de defesa e ajudar a PI manter o sistema estável (Freese, 2004):

- Ao **nível da sociedade**, passam pela divulgação de informação sobre a violência contra a PI; desenvolvimento de programas que incentivem um envelhecimento ativo e promovam as alternativas ao cuidador familiar.

¹ O *stressor* é um estímulo produtor de tensão que carrega um potencial para produzir desequilíbrios. Os *stressores* podem ser intrapessoais, extrapessoais ou interpessoais. Os *stressores* intrapessoais são forças com origem no indivíduo, como os sentimentos de raiva ou de frustração; os *stressores* extrapessoais são forças com origem de fora do indivíduo, como a situação económica adversa, desemprego; os *stressores* interpessoais são forças que resultam da interação entre dois ou mais indivíduos, como, por exemplo, expectativas inalcançáveis em relação a papéis sociais (Vieira, Alvarez, Gonçalves, 2009, citados por Lima, 2014).

– Ao **nível dos profissionais**, visam o investimento nas formações pré e pós-graduada dos profissionais que prestam cuidados (Santos & Vieira, 2014; DGS, 2016).

– Ao **nível dos cuidadores/familiares** preconiza-se o encaminhamento para os programas cujo objetivo é a redução dos *stressores* do cuidador; formação na gestão de comportamentos problemáticos; e a promoção de programas de formação para cuidadores informais e formação técnica específica para cuidadores formais (Bernal & Gutiérrez, 2005).

– Ao **nível individual** pretende-se a sensibilização da população idosa para os direitos que lhe assistem e para a temática da violência (Santos & Vieira, 2014); a divulgação de materiais que informem sobre os diversos mecanismos de proteção, a disponibilização de recursos e serviços de apoio, como por exemplo, as linhas de apoio telefónico e o tele-alarme (Bernal & Gutiérrez, 2005).

1.3. Prevenção secundária

A prevenção secundária enquadra-se num contexto de ocorrência de violência, porém muitas vezes ocultada (Santos & Vieira, 2014). Os rastreios fazem parte da prevenção secundária (Hespanhol et al., 2008). Tem como objetivo reduzir a prevalência dos casos de violência através da identificação e intervenção precoce de **casos ocultos**, evitar reincidência e as consequências mais graves (Bernal & Gutiérrez, 2005; Santos & Vieira, 2014). De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, este nível de prevenção é entendido como um conjunto de intervenções ou tratamentos iniciados após a ocorrência de sintomas decorrentes dos *stressores*. O que se pretende é o fortalecimento das linhas internas de resistência, que protegem a estrutura básica do cliente, de forma a readquirir e preservar a energia (Freese, 2004).

As **intervenções** passam por fomentar as formações dos profissionais no rastreio e na intervenção nas situações de suspeita de violência contra a PI; no estabelecer sistemas de referenciação; na promoção da abordagem multidisciplinar; no estabelecimento de protocolos de rastreios integrados nas rotinas profissionais nas diversas instituições e serviços; no estabelecimento de interlocutores nas diversas instituições que possam ser elos de ligação com entidades competentes (Bernal & Gutiérrez, 2005).

1.4. Prevenção terciária

A prevenção terciária tem como finalidade reduzir a evolução de situações de violência já identificadas ou as suas consequências (sequelas) mais gravosas (Bernal & Gutiérrez, 2005). De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, este nível de prevenção pretende a readaptação do sistema, de forma a aumentar a resistência aos *stressores* prevenindo novos episódios (Freese, 2004) e reduzindo as consequências das situações de violência já identificadas.

As **intervenções** passam pela prestação de cuidados de acordo com a tipologia da violência, articulando com os recursos da comunidade, nomeadamente com a linha de Emergência Social 144 e, caso necessário, retirar a PI do local; pela elaboração de protocolos de referenciação entre instituições e serviços com interlocutores de referência como a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) e Linha de Emergência Social; criação de serviços de apoio às vítimas (ex. casas de abrigo); protocolos de avaliação realizada pela equipa multidisciplinar. São intervenções que pretendem melhorar a qualidade de vida das vítimas, interrompendo o ciclo de violência (Santos & Vieira, 2014).

Este processo é cíclico, no sentido de retorno à prevenção primária.

1.5. Prevenção quaternária

A prevenção quaternária, também designada por prevenção da iatrogenia, visa evitar ou atenuar o risco de “sobretratamento”, protegendo as pessoas do excessivo e inadequado intervencionismo médico² (Almeida, 2005; Norman, & Tesser, 2009; Moraes, 2012). Trata-se de um nível de prevenção recente, não sendo no entanto consensual na literatura.

As **intervenções** passam pela capacitação das pessoas, fornecendo a informação necessária para poderem tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas, informando das vantagens e das desvantagens dos diferentes métodos diagnósticos ou terapêuticos propostos, sugerindo-lhes alternativas eticamente aceitáveis (Hespanhol et al., 2008). A nível populacional, a sua pertinência reside na resposta que dá ao controlo dos gastos com cuidados de saúde, proporcionando a racionalidade dos tratamentos com uma utilização mais criteriosa dos recursos em saúde.

² Um dos exemplos do excessivo intervencionismo médico passa pela indução do “medo do colesterol”, cujo tratamento acarreta gastos avultados em análises laboratoriais e em medicação para “colocar os utentes de acordo com as *guidelines*” (Hespanhol et al., 2008, p. 50).

Este nível de prevenção rege-se por dois princípios éticos: o princípio da precaução (*primum non nocere*) e o princípio da proporcionalidade, o qual refere que as eventuais vantagens de uma intervenção devem ser ponderadas face aos seus hipotéticos riscos, de forma a evitar a iatrogenia (Hespanhol et al., 2008; Norman & Tesser, 2009). Particularmente nas PI este nível de prevenção é pertinente, uma vez que em geriatria são poucas as opções de tratamento que não implicam dano (McCullough, Rhymes, Teasdale & Wilson, 1999) sendo necessário ponderar os benefícios relativamente aos malefícios. “A prevenção quaternária é particularmente importante nos idosos, atendendo à redução fisiológica da sua reserva funcional e consequente risco acrescido de iatrogenia – nomeadamente farmacológica” (Norman & Tesser, 2009, p. 2015).

Relativamente às questões da violência, sabemos que é contraproducente e eticamente questionável sujeitar as pessoas idosas a rastreios e avaliações se não se dispuser de meios sociais, económicos, legais ou outros que lhes forneçam o apoio necessário para ultrapassar essas situações - Princípio da beneficência e da não maleficência (Bernal & Gutiérrez, 2005; Perel-Levin, 2008). Também autores como Hespanhol, et al. (2008) chamam a atenção para a possibilidade de surgir malefícios, decorrente dos rastreios, devido ao facto de pessoas assintomáticas poderem passar a ser catalogadas como doentes, com as implicações sociais de tais intervenções ou ainda para a possibilidade de neste tipo de avaliação surgirem falsos positivos, com efeitos físicos ou emocionais. Transpondo para o rastreio da violência contra a PI, sentimentos como desconforto e ansiedade podem ser despoletados pelo questionamento realizado na fase de rastreio, com a identificação de conflitos, eventualmente sem relevância para a PI.

Estes mesmos autores (Hespanhol, et al. 2008; Norman & Tesser, 2009) salientam ainda a necessidade de existir sustentação científica desses programas de rastreio. Sugerem a existência de ensaios controlados e aleatórios, de estudos de correlação e observacionais, tais como estudos de caso-controle e de coorte, para se demonstrar, numa análise de custo-efetividade, a sua evidência e assim avaliar as vantagens da aplicação de tal procedimento. A revisão de literatura efetuada pela U. S. Preventive Services Task Force, em 2004, revelou ausência de evidências de efeitos adversos resultante de rastreios no âmbito da violência doméstica (Perel-Levin, 2008). Paralelamente alguns autores acreditam que os benefícios compensam os riscos de prejudicar alguém e defendem que o rastreio seja realizado a toda a população (Fulmer et al, 2000; Caceres & Fulmer, 2016; DGS, 2016).

Importa salientar que este nível de prevenção respeita a autonomia da pessoa, ao possibilitar a adesão ou não à terapêutica prescrita ou aos conselhos fornecidos nas áreas preventivas ou de doença, após a pessoa ter sido devidamente informada (Hespanhol et al., 2008). Assim sendo, é essencial que após a deteção das situações de violência, se forneça à PI com capacidade cognitiva, informação sobre os seus direitos, alternativas viáveis e possíveis procedimentos a adotar, que lhe seja permitida a liberdade para tomar decisões, para resolver os seus problemas e necessidades, respeitando o seu tempo, o seu ritmo e as suas decisões – Princípio de autonomia (Bernal & Gutiérrez, 2005; APAV, 2010). O novo paradigma passa pelo cuidado centrado na pessoa onde o próprio é agente ativo do seu projeto de saúde. Sempre que alguém toma decisões pelo outro, adotando uma atitude paternalista, não permite que o outro seja autónomo (Hespanhol, et al., 2008; Santos & Nichols-Hadeed, 2017).

2. Prevenção: Uma mais-valia no combate à violência contra a PI

A dimensão preventiva envolve toda a estrutura social de forma transversal: profissionais de diferentes instituições, familiares, organizações de saúde, serviços sociais, judiciais, financeiros, bem como os próprios idosos. Apesar da implementação das intervenções em determinados níveis de prevenção poder parecer estar fora do âmbito de alguns grupos profissionais, a participação destes no desenvolvimento destas intervenções é essencial em muitas ocasiões, sendo obrigatória a coordenação entre os diversos setores (Bernal & Gutiérrez, 2005).

Idealmente, a concretização efetiva das medidas que compõem o nível primordial e primário bastaria para uma diminuição efetiva da violência contra a PI, através da atuação na origem e nos fatores que propiciam a violência (Santos & Vieira, 2014).

Concretamente, no que se refere aos enfermeiros, é essencial fomentar a formação nesta área e incentivar as ações preventivas articulando com outros profissionais e instituições numa perspetiva intersectorial e interinstitucional (Bernal & Gutiérrez, 2005). Outras estratégias que devem ser promovidas são as reuniões de discussão clínica multi e interdisciplinares sobre os diversos casos reais que tenham sido alvo de intervenção no serviço (DGS, 2016) com a identificação das dificuldades e a tentativa de encontrar soluções criativas dentro da diversidade das equipas. Em cenários com baixos recursos, este tipo de abordagem vai permitir alavancar os esforços e multiplicar os resultados, reduzindo a fragmentação das respostas (Bernal & Gutiérrez, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-96. Acedido em: 02/12/2018 . Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2996950/mod_resource/content/1/texto%20sobre%20niveis%20de%20preven-epi%20graduac%C3%A3o.pdf.
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual Títono: Apoio a Pessoas Idosas vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.
- Bernal, A. & Gutiérrez, B. (Coords.) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO. Acedido em: 17/04/2017. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51212>
- Caceres, B. & Fulmer, T. (2016). Mistreatment Detection. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker. *Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice* (5th ed.) (pp. 179-196). New York: Springer Publishing Company.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª edição) Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Tomey, A. & Alligood, M. (org). *Teorias de Enfermagem e a Sua Obra* (pp. 335-376). Loures: Lusociência.
- Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I. & Fairchild, S. (2000). Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 26 (5), 436- 443. **Doi:** 10.1067/men.2000.110621.
- Hespanhol, A., Couto, L. & Martins, C. (2008). A Medicina Preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 49-64. **Doi:** 10.32385/rpmgf.v24i1.10462.
- Lima, F. (2014). Teoria de Betty Neuman no Cuidado à Pessoa Idosa Vítima de Violência. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, 28(3), 219-224. **Doi:** 10.18471/rbe.v28i3.11989.
- Meireles, A. C. (2008). *Níveis de prevenção: Conceito e relação com as funções do médico de Saúde Pública*. Acedido em 12/12/2018. Disponível em: http://portal.anmsp.pt/TrabCatarina/PrevencaoNiveis_catarina.pdf.

- Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceptuais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido a 28/11/2017. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Norman, A. & Tesser, C. (2009), Prevenção quaternária na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, 25(9), 2012-2020. **Doi:** 10.1590/S0102-311X2009000900015.
- Pereira, M. A. M. (2010). *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/1666>.
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care level*. Genebra: World Health Organization Press. Acedido em 11/01/2017. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf.
- Phelan, A. (2010). Elder Abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478. **Doi:** 10.12968/bjcn.2010.15.10.78727.
- Santos, C. & Vieira, D. (2014). Abuso e maus-tratos de idosos. In M. T. Veríssimo (coords). *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar* (pp. 413-421). Lisboa: Lidel - Edições Técnica, Lda.
- Santos, E. & Nichols-Hadeed, C. (2017). Medical Decision-Making Capacity and Ethical Considerations. In X. Dong. *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (pp. 229-246). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.
- McCullough, L., Rhymes, J., Teasdale, T. & Wilson, N. (1999). Preventive Ethics in Geriatric Practice. In J. Gallo, J. Busby-Whitehead, P. Rabins, R. Silliman & J. Murphy, *Reichel's care of the elderly: clinical aspects of aging* (pp. 789-802). Philadelphia: Williams & Wilkins.

Apêndice XX:
Sessão de formação à ECCI/ECSCP:
Violência Doméstica na Pessoa Idosa

PLANO DA 2ª SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema da Sessão – Violência Doméstica na Pessoa Idosa

População Alvo – Equipa da Unidade Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) de Odivelas

Formador – Enfermeira Maria Julieta Costa

Orientadora de Estágio – Enfermeira Helena Falcão

Prof. Orientador – Prof. M^a Emília Brito

Objetivo Geral:

Sensibilizar a equipa da UCCI e Equipa de Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos para a temática da violência contra a pessoa idosa.

Objetivos específicos:

Que no final da sessão a equipa consiga a partir da leitura de um caso da prática:

- Reconhecer as diferentes tipologias da violência;
- Identificar os fatores de risco da violência contra a pessoa idosa;
- Compreender o enquadramento ético e jurídico da violência contra a pessoa idosa;
- Reconhecer a necessidade de avaliar as situações de suspeita de violência;
- Preencher Elder assessment Instrument (avaliação do risco de violência contra a pessoa idosa).

Indicador de avaliação:

- Frequência de mais de 50% dos elementos da equipa na formação;
- Resolução do caso através do algoritmo proposto
- Avaliação positiva da sessão em 90% dos participantes.

Duração – 60 minutos (aproximadamente)


Data – 17/11/2017

Hora – 14:30 h

Local – Sala da UCC

INTRODUÇÃO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
Apresentação do conteúdo programático e dos objetivos	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor 	3
DESENVOLVIMENTO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de violência contra a Pessoa Idosa; • Tipologia da violência; • Contextualização; • Prevalência; • Fatores de Risco; • Modelo Ecológico; • Níveis de Prevenção; • Perspetiva legal Perspetiva ético-deontológica; • Avaliação multidimensional; • Resolução de um caso a partir da discussão em pequenos grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo e Interativo; • Aprendizagem colaborativa – Buzzgroup. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor; • Folha com caso para leitura e caneta. 	42
CONCLUSÃO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos resultados; • Esclarecimento de dúvidas; • Aplicação de questionário de avaliação. 	Interativo	Questionário de avaliação e caneta	10

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa



VIOÊNCIA DOMÉSTICA NA PESSOA IDOSA

M^a Julieta Costa nº 7386
Prof. Orientador: M^a Emília Brito
Orientador de Estágio: Helena Falcão

17-11-2017 Odivelas 1

SUMÁRIO

- Objetivos
- Conceito de violência sobre a Pessoa Idosa
- Tipologia da violência
- Contextualização
- Prevalência
- Fatores de Risco
- Modelo Ecológico
- Níveis de Prevenção
- Perspetiva legal
- Perspetiva ético-deontológica
- A avaliação no Fluxograma de atuação

17-11-2017 Odivelas 2

Objetivos

Objetivo Geral

Sensibilizar a equipa da UCC para a temática da violência sobre a pessoa idosa.

17-11-2017 Odivelas 3

Objetivos

Objetivos Específicos (1/2)

1. Que no final da sessão a equipa saiba:
 - Reconhecer as diferentes tipologias da violência;
 - Identificar os fatores de risco da violência na pessoa idosa;
 - Compreender o enquadramento ético e jurídico da violência na pessoa idosa
 - Conhecer *Elder assessment Instrument* (avaliação do risco na pessoa idosa).

17-11-2017 Odivelas 4

Objetivos


Objetivos Específicos (2/2)

2. Refletir com a equipa a proposta do algoritmo de atuação específico para a pessoa idosa, através da aplicação de uma situação identificada pelo serviço.

17-11-2017 Odivelas 5

Conceito de Violência sobre a Pessoa Idosa

Um só fenómeno diferentes conceitos



DGS, 2014

17-11-2017 Odivelas 6

Conceito de Violência sobre a Pessoa Idosa

Definição de Violência sobre a Pessoa Idosa

“Qualquer ato, único ou repetido, ou falta de ação apropriada que ocorra em qualquer relação, supostamente de confiança, que cause dano ou angústia, a uma pessoa de idade”

(Action on Elder Abuse [1995] citado por WHO/INPEA 2002, p. 3)

17-11-2017

Odivelas

7

Tipologia da Violência



Adaptado de: Krug et al., 2002

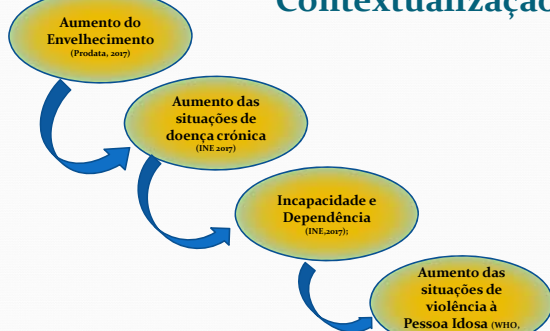
Fonte: Manual de violência interpessoal, 2014, p. 26

17-11-2017

Odivelas

8

Contextualização



17-11-2017

Odivelas

9

Prevalência



**1 em cada 6 idosos
é vítima de algum tipo
de violência em todo o mundo**

(WHO, 2017)

Na Europa, calcula-se que todos os anos, mais de 4 milhões de pessoas idosas sofreram de algum tipo de violência.

(Sethi et al., 2011 citado por DGS, 2014)

17-11-2017

Odivelas

10

Prevalência

Estudo nacional revelou que, no último ano:

- 12,3 % da população com mais de 60 anos foi vítima de violência,
- por parte de um familiar, amigo, vizinho ou profissional remunerado (314 mil casos).

(Instituto Ricardo Jorge, 2014)



17-11-2017

Odivelas

11

Prevalência

64,9% das vítimas de violência:

- não falou,
- não apresentou queixa;

Motivos:

- 38,1% consideraram irrelevante;
- 10,5% laços afetivos com agressor;
- 5,9% medo;

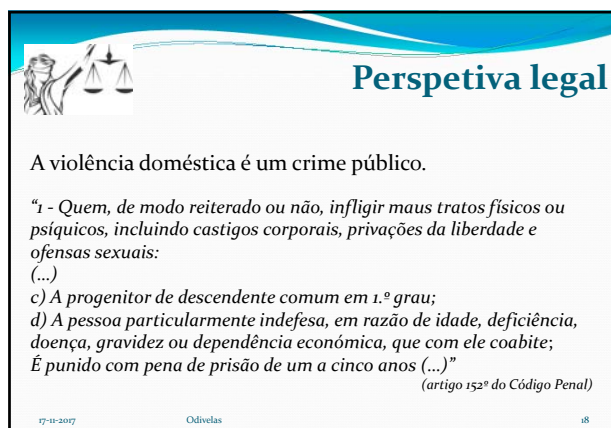
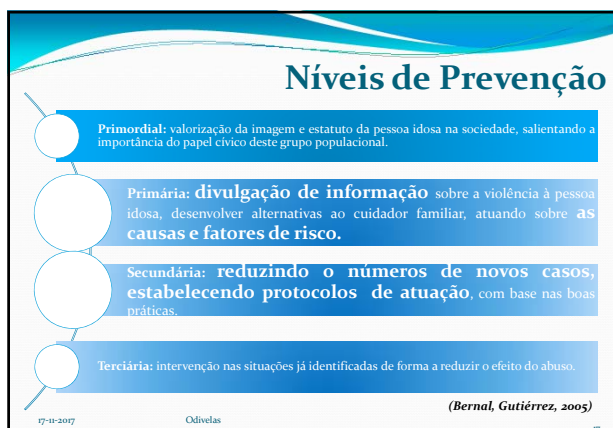
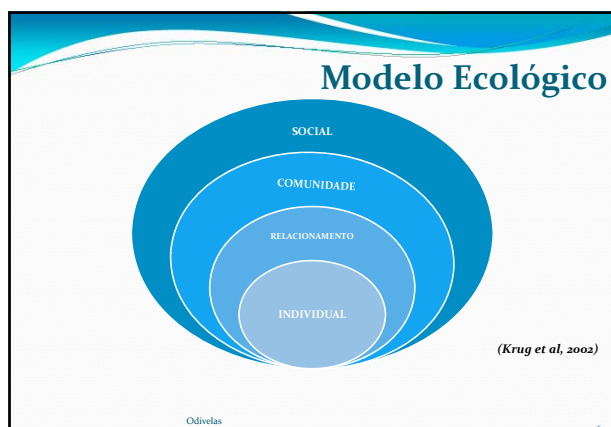
(Instituto Ricardo Jorge, 2014)




17-11-2017

Odivelas

12





Perspetiva legal

«a denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos... para os funcionários... quanto a crimes de que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas»

(alínea b do artigo 242º do Código do Processo Penal)


17-11-2017 Odívelas 19



Perspetiva legal

Tipologia da violência	Descrição das condutas	Crime e Legislação
FÍSICA	Ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa	Ofensas à integridade física Art. 143º e 147º) CP
	"trancar num quarto/impedir acesso a toda casa"	Sequestro (crime público) Art. 158º CP
PSICOLÓGICA	Ameaçar de forma grave: abandonar, agredir, castigar e institucionalizar	Art. 153 CP (crime semi-público)
SEXUAL	Contato sexual sem consentimento	Coação sexual / Violação/ Violação sexual (art. 163º, 164º 165º)

17-11-2017 Odívelas 20



Perspetiva legal

Tipologia da violência	Descrição das condutas	Crime e Legislação
FINANCEIRA	"Roubar ou utilizar objetos e/ou bens contra a vontade do proprietário"	Furto/roubo Art. 203º e 210º
	"Forçar ou obrigar a assinar um documento ou qualquer papel que conceda direitos para si próprio"	Burla /extorção Art. 217º e 223º
	"Utilizar objetos e/ou bens sem autorização"	Abuso de confiança/abuso de cartão de crédito Art. 205º e 225º
NEGLIGÊNCIA	"Recusa de apoio às atividades de vida diária"	Maus-tratos Artº 10 e 15º CP

17-11-2017 Odívelas 21

Perspetiva Ético-Deontológica

Princípio da autonomia da pessoa com capacidade cognitiva versus Dever denúncia - **Dilema ético**

17-11-2017 Odívelas 22

Perspetiva Ético-Deontológica

O enfermeiro está obrigado a **segredo profissional** sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão.

(artigo 106º estatutos OE)

A revelação só pode ser efetuada após autorização do presidente do conselho jurisdicional.

(artigo 106º, alínea 4 estatutos OE)

É necessário sempre o aconselhamento jurídico e deontológico.

(artigo 6º do Regulamento de Aconselhamento Deontológico 338/2017)

Pedido e resposta são por escrito.

(artigos 12º e 13º do Regulamento 338/2017 de Aconselhamento Deontológico)

17-11-2017 Odívelas 23

Fluxograma de atuação

- Não existe consenso num Fluxograma de atuação único;
- É consensual a avaliação **multidimensional** e a intervenção **interdisciplinar**;
- Categorização dos níveis de risco não é estanque;
- Não existe graduação real do risco.

17-11-2017 Odívelas 24

Fluxograma de atuação

Avaliação multidimensional, o que já se faz...

- Avaliação da capacidade instrumental (Índice de Lawton-Brody)
- Atividades de vida diária (índice de Katz)
- Avaliação de quedas (Escala de Morse)
- Avaliação do risco de úlcera de pressão (Escala de Braden)
- Avaliação do desempenho (Índice de Karnovsky)
- Avaliação dos sintomas em doentes paliativos (Edmonton Symptom Assessment Scale)
- Avaliação da sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit)

17-11-2017

Odivelas

25

Fluxograma de atuação

Atividade 1:

Leitura do resumo do estudo de caso

Identificação dos fatores de risco

Preenchimento do Elder Assessment Instrument

Discussão do instrumento de avaliação.

17-11-2017

Odivelas

26

Proposta de 2ª formação

Temas a tratar:

1- Fluxograma de atuação

1.1-Entrevista

1.2- Sinais objetivos e subjetivos

1.3- Protocolos propostos

2- Recursos da comunidade

3- Atividade: Discussão do fluxograma de atuação partindo de um caso

17-11-2017

Odivelas

27

Bibliografia

- Barchifontaine, C. (2006). Vulnerabilidade e dignidade humana. *O Mundo da Saúde*, nº 30, vol. 3, 434
- Bernal, A., Gutiérrez B. (Coords.) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO. Acedido em 17/04/2017. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51212>.
- Chen, R., Dong, X. (2017). Risk Factors of Elder Abuse. In X. Dong. *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (p. 93-105). Chicago, USA: Springer International Publishing AG
- Código Penal. Atualizado de acordo com a Lei n.º 30/2017, de 30 de Maio. Acedido 10/10/2017. Disponível em: <http://www.codigopenal.pt>.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido 22-01-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.

17-11-2017

Odivelas

28

Bibliografia

- Gil, A. P., (Ed.) (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido 22-01-2017. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/19553/3/Envelhecimento%20e%20Viol%C3%Aancia%202011-2014%20.pdf>.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano, R., eds. (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization. Acedido a 20/03/2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. et al (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 59, No S2, 194- 205.
- Pordata (2017). *Números de Portugal*. Acedido a 20/07/2017. Disponível em: www.pordata.pt.
- Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Rogers, Ada (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 65-72

17-11-2017

Odivelas

29

Bibliografia

- World Health Organization (2002). *The Toronto Declaration on the global prevention of elder abuse*. WHO, Geneva. Acedido 10/05/2017. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf
- World Health Organization (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido 22-01-2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.
- World Health Organization (2017). *Elder abuse. Fact sheet. Updated June 2017*. Acedido 17/06/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Acedido 10/05/2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2011/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>.

17-11-2017

Odivelas

30

Resultados da Avaliação Global da Formação

Formação: Prevenção da violência doméstica na pessoa idosa **Data:** 17/11/2017

Nº de participantes: 9 (dos 13 que habitualmente estão presentes). **Grupos profissionais presentes:** 7 enfermeiros; 1 técnica de serviço social, 1 fisioterapeuta. Uma adesão de 69%.

Para procurar melhorar as próximas formações solicitei o preenchimento deste questionário, considerando a seguinte escala:

1 – Muito Fraco | 2 – Fraco | 3 – Suficiente | 4 – Bom | 5 – Muito Bom

1. Desenvolvimento do Módulo

Correspondeu as suas expectativas.....
Foram alcançados os objetivos da formação.....
Contribuiu para enriquecer os seus conhecimentos.....
Contribuirá para a melhoria do seu desempenho profissional.....
Qualidade de bibliografia cedida

1	2	3	4	5
				100%
			11%	89%
			11%	89%
			11%	89%
		11%	22%	67%

2. Organização

Duração da formação -----
Qualidade técnico-pedagógica

Qualidade dos Meios Auxiliares Pedagógicos

Instalações

1	2	3	4	5
		11%	22%	67%
			33%	67%
			33%	67%
			22%	78%

3. Formadora

Domínio dos conteúdos expostos.....
Clareza na exposição dos conteúdos.....
Capacidade para motivar a participação do grupo

1	2	3	4	5
				100%
				100%
				100%

4. Avaliação global

Atribuo o valor de

1	2	3	4	5
			11%	89%

Sugestões/críticas:

Aspetos mais positivos: Conteúdo transmitido pertinente; possibilidade de aplicação no desempenho profissional; possibilidade de uniformizar a atuação dos profissionais perante os casos de violência na pessoa idosa; consideram a temática extremamente importante.

Aspetos a melhorar: Necessidade de haver mais formação; Houve pouco tempo disponível para discussão de ideias e casos práticos.

Apêndice XXI:
Sessão de formação à ECCI/ECSCP: Violência Doméstica
na Pessoa Idosa (Fluxograma de Atuação)

PLANO DA 3ª SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema da Sessão – Violência Doméstica na Pessoa Idosa (Fluxograma de Atuação)

População Alvo – Equipa da Unidade Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) de Odivelas

Formador – Enfermeira Maria Julieta Costa

Orientadora de Estágio – Enfermeira Helena Falcão

Prof. Orientador – Prof. M^a Emília Brito

Objetivo Geral:

Sensibilizar a equipa da UCCI e Equipa de Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos para a temática da violência sobre a pessoa idosa.

Objetivos específicos:

- Apresentar a proposta de fluxograma de atuação em situações de suspeita de violência na Pessoa Idosa;
- Refletir com a equipa a proposta do fluxograma, através da aplicação de uma situação identificada pelo serviço.

Indicador de avaliação:

- Frequência mais 50 % dos elementos da equipa na formação;
- Resolução do caso através do algoritmo proposto;
- Avaliação positiva da sessão em 90% dos elementos.

Duração – 60 minutos (aproximadamente)

Data – 07/12/2017

Hora – 08:30 h

Local – Sala da UCC

INTRODUÇÃO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
Apresentação do conteúdo programático e dos objetivos	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor 	3
DESENVOLVIMENTO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
1- Fluxograma de atuação: 1.1- Fatores de Risco 1.2- Sinais objetivos e subjetivos 1.3- Entrevista 1.4- Formulários 1.5- Protocolos propostos 2 - Atividade: Discussão do fluxograma de atuação partindo de um caso prático	Expositivo e Interativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • Folhas com caso para leitura e canetas 	42
CONCLUSÃO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas; • Aplicação de questionário de avaliação. 	Interativo	Questionários de avaliação e canetas	15

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA PESSOA IDOSA (FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO)

Mª Julieta Costa nº 7386
 Prof. Orientador: Mª Emília Brito
 Orientador de Estágio: Helena Falcão

07/12/2017 Odivelas 1

SUMÁRIO

1 - Fluxograma de atuação

- 1.1- Fatores de Risco
- 1.2- Sinais objetivos e subjetivos
- 1.3- Entrevista
- 1.4- Formulários
- 1.5- Protocolos propostos

2 - Atividade: Discussão do fluxograma de atuação partindo de um caso

07/12/2017 Odivelas 2

Objetivos

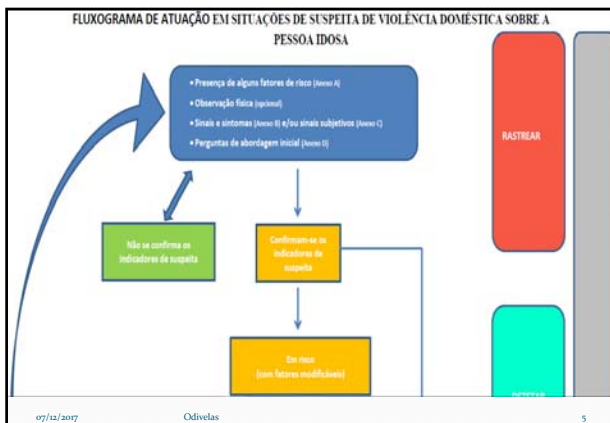
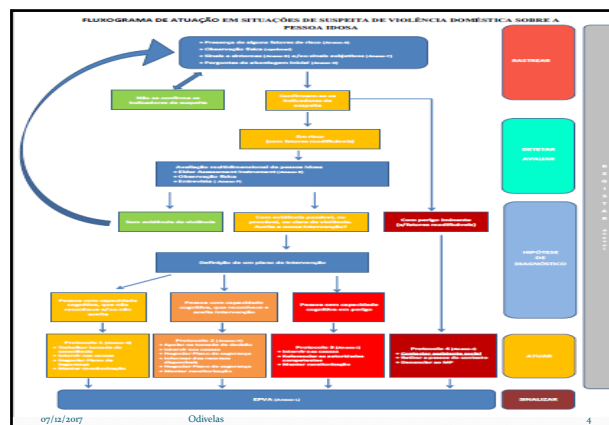
Objetivo Geral

Sensibilizar a equipa da UCCI e Equipa de Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos para a temática da violência sobre a pessoa idosa.

Objetivo Específico

1. Apresentar a proposta do fluxograma de atuação em situações de suspeita de violência na pessoa idosa;
2. Refletir com a equipa a proposta de fluxograma, através da aplicação de uma situação identificada pelo serviço.

07/12/2017 Odivelas 3



Fatores de Risco (Anexo A)

NÍVEL	FATORES DE RISCO	PRESENTE	AUSENTE
Vítima (Individual)	Gênero: mulher - Potencial		
	Idade: mais de 74 anos - Potencial		
	Dependência física ou cognitiva - Forte		
	Distúrbios mentais: Depressão - Forte		
	Agressão e comportamento desafiador pela vítima		
Agressor (Individual)	Gênero: Homens - violência física		
	Mulheres - negligência		
	Distúrbios mentais: depressão - Forte		
	Hábitos aditivos: álcool e drogas - Forte		
	Hostilidade e agressão		
Relação	Problemas financeiros		
	Stress: sobrecarga do cuidador		
	Dependência financeira do agressor - Forte		
	Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor		
	Transmissão intergeracional		
Comunidade	Relacionamento difícil de longa duração - Potencial		
	Parentesco: filhos ou parceiros - Potencial		
	Cosubstância		
	Isolamento social - Potencial		
	Falta de suporte social		
Sociedade	Discriminação pela idade		
	Outras formas de discriminação: racismo e sexismo		
	Fatores económicos e sociais		
	Cultura violenta		

Sinais e sintomas (Anexo B)

- **Violência Física**- Laceração incisa, fraturas, contusões, abrasões e equimoses.
- **Violência Psicológica**- Sintomas de desamparo ou desesperança, labilidade emocional, depressão.
- **Violência Sexual** - Lesões, queimaduras/irritação cutânea nos órgãos genitais.
- **Violência Financeira**- Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedades ou outros bens sem consentimento.
- **Negligência** - Higiene pobre; vestir inadequadamente face às condições ambientais.

(Minayo, 1994; WHO, 2002; Ferreira-Alves 2004; APAV, 2010)

07/12/2017

Odivelas

7

Sinais Subjetivos (Anexo C)

Na pessoa idosa:

- Medo de um familiar ou de um(a) cuidador(a);
- Alteração do comportamento na presença d@ cuidador(a).

N@ cuidador(a) (possível agressor):

- Evita que o profissional e a pessoa idosa interajam sem a sua supervisão;
- Opõe-se a assistência no domicílio.

Na interação da pessoa idosa e @ cuidador(a):

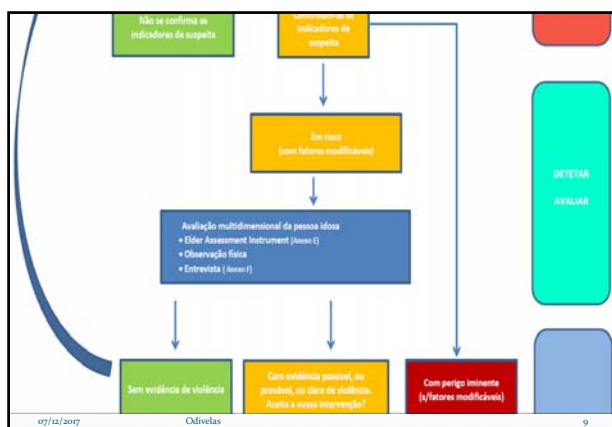
- As histórias divergentes, contraditórias;
- Frequentes discussões, insultos.

Adaptado SMS (2007) e APAV (2010)

07/12/2017

Odivelas

8



07/12/2017

Odivelas

9

Entrevista (Anexo F)

- Introduzir o tema da violência de forma cuidadosa, mas direta.
- Interrogar a (potencial) vítima em privado.
- Manter uma atitude empática e escuta ativa.
- Contextualizar as perguntas.
- Expressar claramente que não existe desculpa/ justificação para a violência.

Adaptado SMS (2007), APAV (2010), DGS (2014)

07/12/2017

Odivelas

10

Entrevista (Anexo F)

O que não devemos fazer?

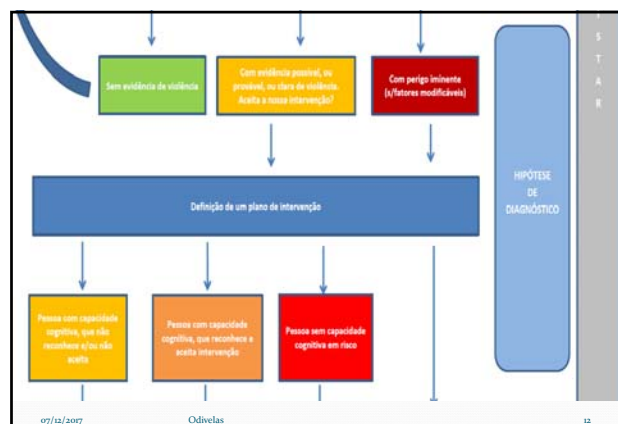
- Colocar questões que possam ser interpretadas como acusadoras.
- Mostrar desaprovação, horror ou ira diante da situação.
- Confrontar o agressor(a) com o testemunho da vítima.

Adaptado SMS (2007) e APAV (2010), DGS, (2014)

07/12/2017

Odivelas

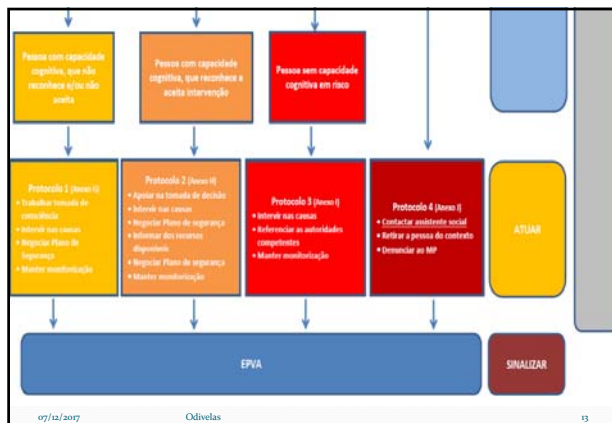
11



07/12/2017

Odivelas

12



Formulário de Registo Clínico da Violência (Anexo K)

DGS

FORMULÁRIO DE REGISTO CLÍNICO DA VIOLÊNCIA - ADULTOS

Nome: _____
 Nº de identificação: _____
 Unidade de Saúde: _____
 Morada do utente: _____

ÍNDICE

- 1. IDENTIFICAÇÃO DA ÚTILE
- 2. IDENTIFICAÇÃO DE TÓPICOS PRESSIONEIS DE INTERFERÊNCIA
- 3. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
- 4. IDENTIFICAÇÃO DOS FACTORES QUE PODEM AUMENTAR A VIOLÊNCIA
- 5. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
- 6. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
- 7. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
- 8. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
- 9. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
- 10. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

07/12/2017 Odivelas 14

Formulário de Denúncia de Crime (Anexo L)

DGS

FORMULÁRIO DE DENÚNCIA DE CRIME

Nome: _____
 Nº de identificação: _____
 Unidade de Saúde: _____
 Morada do utente: _____

IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Nome: _____
 Nº de identificação: _____
 Unidade de Saúde: _____
 Morada do utente: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS FACTORES QUE PODEM AUMENTAR A VIOLÊNCIA

Nome: _____
 Nº de identificação: _____
 Unidade de Saúde: _____
 Morada do utente: _____

07/12/2017 Odivelas 15

Princípios na atuação

- Proteger a vítima
- Intervir nos fatores de risco
- Não intervir precipitadamente com o objetivo de diminuir a ansiedade do profissional
- Intervir dentro da equipa Multiprofissional
- Articular com profissionais/instituições que ajudam a lidar com a situação de violência - APAV

07/12/2017 Odivelas (DGS, 2014) 16

Caso 1

A Sra. E. de 75 anos, que vive com os seus dois filhos de 36 e 40 anos, numa pequena vivenda de um bairro social de Odivelas, foi referenciada para esta unidade através do serviço de urgência, com diagnóstico de DPCO descompensada e Insuficiência Venosa dos MI, com ferida no terço inferior da perna esq. De acordo com a nota de referência, a Sra. E. revelou evidências de falta de higiene, equimoses e fraturas antigas detetadas através de Rx ao tórax, realizado em contexto de suspeita de infeção respiratória. As referidas equimoses encontram-se em diferentes estádios, sugerindo não serem resultado de um único incidente. Um dos filhos está desempregado e tem hábitos de consumo de álcool.

07/12/2017 Odivelas 17

Caso 2

A Sra. M., de 82 anos, foi referenciada a esta unidade por múltiplas úlceras de pressão com diferentes categorias/graus. Utente com diagnóstico de Adenocarcinoma do cólon com metástases hepáticas, está emagrecida, prostrada, com equimoses nos braços. O prestador de cuidados é o marido, Sr. C. com 80 anos. Refere que a esposa está acamada há 1 mês. Está desesperado, nunca cuidou de ninguém, nem nunca teve de tratar da casa. Tem 2 filhos, um reside no estrangeiro e o outro está de relações cortadas com o casal. Ambos têm uma reforma pequena. Na primeira visita da equipa ao casal, uma vizinha pergunta pelo estado clínico da Sra. M. e comenta que o casal toda a vida teve uma relação conflituosa e que com frequência ouvia as discussões.

07/12/2017 Odivelas 18

Referências bibliográficas

- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual Titono - Apoio a Pessoas Idosas vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.
- Perdigão, et al. (2014). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido 22-03- 2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- World Health Organization (2002). The Toronto Declaration on the global pre-vention of elder abuse. WHO, Geneva. Acedido 10/05/2017. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf
- Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS (2007). *Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: SMS
- Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*. 15(10), 472-478.

07/12/2017

Odivelas

19

Resultados da Avaliação Global da Formação

Formação: Prevenção da violência doméstica na pessoa idosa (Fluxograma de Atuação)

Data: 07/12/2017. **Nº de participantes:** 7 (dos 13 que habitualmente estão presentes). **Grupos profissionais presentes:** 5 enfermeiros; 1 técnica de serviço social, 1 psicóloga estagiária. Uma adesão de aproximadamente 54 %.

Para procurar melhorar as próximas formações solicitei o preenchimento deste questionário, considerando a seguinte escala:

1 – Muito Fraco | 2 – Fraco | 3 – Suficiente | 4 – Bom | 5 – Muito Bom

1. Desenvolvimento do Módulo

Correspondeu as suas expectativas.....
Foram alcançados os objetivos da formação.....
Contribuiu para enriquecer os seus conhecimentos.....
Contribuirá para a melhoria do seu desempenho profissional.....

1	2	3	4	5
			43%	57%
			71%	29%
			57%	43%
			43%	57%

2. Organização

Duração da formação.....
Qualidade técnico-pedagógica.....
Qualidade dos Meios Auxiliares Pedagógicos.....
Instalações.....

1	2	3	4	5
			71%	29%
			43%	57%
			29%	71%
			57%	43%

3. Formadora

Domínio dos conteúdos expostos.....
Clareza na exposição dos conteúdos.....
Capacidade para motivar a participação do grupo.....

1	2	3	4	5
			14%	86%
			14%	71%
			0%	100%

4. Avaliação global

Atribuo o valor de

1	2	3	4	5
			29%	71%

Sugestões/críticas:

Aspetos mais positivos: O domínio da temática por parte do preletor; desenvolvimento da temática com grande pertinência, grande participação das pessoas na sessão, discussão permanente das temáticas em análise.

Aspetos a melhorar: Necessidade das sessões poderem durar mais tempo para as temáticas serem discutidas em maior profundidade e com mais exemplos da prática.

Apêndice XXII:
Sessão de formação às ajudantes de ação direta:
Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO DAS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA

Tema da Sessão – Violência à Pessoa Idosa

População Alvo – Ajudantes de ação direta das oito Instituições Particulares de Segurança Social (IPSS) que trabalham em articulação com a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Formador – Enfermeira Maria Julieta Costa

Orientadora de Estágio – Enfermeira Helena Falcão

Prof. Orientador – Prof. M^a Emília Brito

Objetivo Geral:

Sensibilizar as ajudantes de ação direta para a temática da violência na pessoa idosa.

Objetivos específicos:

Que no final da sessão as ajudantes de ação direta consigam:

- Identificar os fatores de risco e os tipos de violência;
- Reconhecer sinais objetivos e subjetivos mais frequentes;
- Conhecer o papel das ajudantes de ação direta na prevenção e deteção e encaminhamento das situações de suspeita de violência.

Indicador de avaliação:

- Frequência de mais de 50% das ajudantes de cada uma das instituições esteja presente na formação;
- Avaliação positiva da sessão em 90% dos participantes.

Duração – 60 minutos (aproximadamente)

Data - 08 e 22/11/2017; 04/01/2018

Hora - 14h30

Local – Centro Comunitário e Paroquial de X e de Y.

INTRODUÇÃO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema; • Comunicação do conteúdo programático e dos objetivos. 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor; • Papel e caneta. 	10
DESENVOLVIMENTO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
<ul style="list-style-type: none"> • Contextualização; • Conceito de violência; • Dados estatísticos; • Tipos de violência; • Sinais objetivos e subjetivos; • Princípios orientadores para a intervenção. 	Expositivo e interativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Projetor. 	30
CONCLUSÃO			
Conteúdos	Método e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Tempo (min.)
<ul style="list-style-type: none"> • Síntese focando os principais aspectos a reter; • Esclarecimento de dúvidas; • Entrega e preenchimento do questionário de avaliação. 	Interativo e interativo	Papel e caneta	20

Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa

M^ª Julieta Costa nº 7386

Enf^ª Orientadora: Helena Falcão
Docente: M^ª Emília Brito

SUMÁRIO

- Objetivos
- Contextualização
- Conceito de violência
- Dados estatísticos
- Tipos de violência
- Sinais objetivos e subjetivos
- Como atuar



Odivelas

2

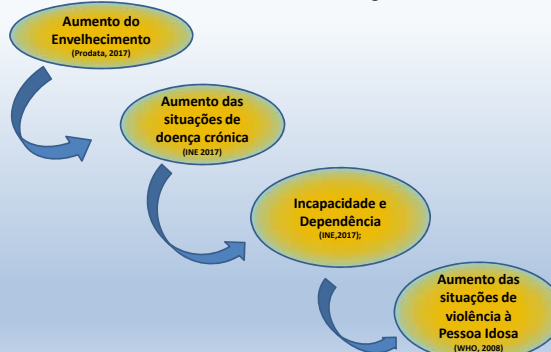
OBJETIVO GERAL

Sensibilizar as ajudantes de ação direta para a
temática da violência sobre a pessoa idosa

Odivelas

3

CONTEXTUALIZAÇÃO



Odivelas

4

CONTEXTUALIZAÇÃO

Visitas domiciliárias



Posição privilegiada
para detetar situações
de violência
(WHO, 2002; Caceres e Fulmer, 2016)

Odivelas

5

CONTEXTUALIZAÇÃO



Odivelas

6

DEFINIÇÃO de Violência sobre a Pessoa Idosa

“Qualquer ato, único ou repetido, ou falta de ação apropriada que ocorra em qualquer relação, supostamente de confiança, que cause dano ou angústia, a uma pessoa de idade”

(Action on Elder Abuse [1995] citado por WHO/INPEA 2002, p. 3)

Odiveias

7

O QUE SABEMOS SOBRE a Violência na Pessoa Idosa?



**1 em cada 6 idosos
é vítima de algum tipo
de violência em todo o mundo**

(WHO, 2017)

Odiveias

8

O QUE SABEMOS SOBRE a Violência na Pessoa Idosa?

Estudo nacional revela que, no último ano:

- 12,3 % da população com mais de 60 anos foi vítima de violência,
- por parte de um **familiar, amigo, vizinho** ou **profissional** remunerado (314 mil casos).



(Instituto Ricardo Jorge, 2014)

Odiveias

9

O QUE SABEMOS SOBRE a Violência na Pessoa Idosa?

64,9% das vítimas de violência:

- não falou,
- não apresentou queixa;

Motivos:

- 38,1% consideraram irrelevante;
- 10,5% laços afetivos com agressor;
- 5,9% medo;



(Instituto Ricardo Jorge, 2014)

Odiveias

10

Violência Doméstica: Crime público



A violência doméstica é um crime público, punido com pena de prisão.

(Artigo 152º do Código Penal)

Odiveias

11

Formas de violência na Pessoa Idosa



Violência Física
Bater, empurrar, puxar

Violência Psicológica
Insultos, humilhação, ameaças, controlo do comportamento, isolamento

WHO/INPEA, 2002, WHO, 2011)



Violência Sexual
Contacto sexual sem consentimento



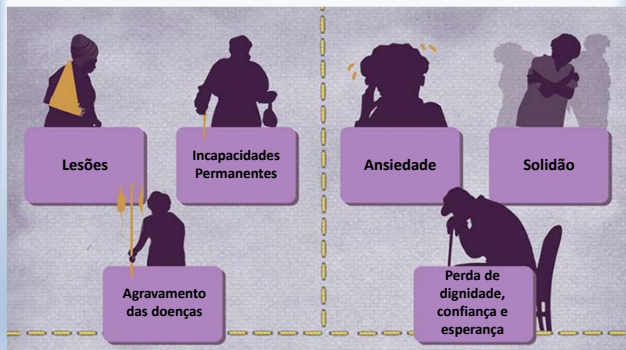
Exploração Financeira
Uso inadequado ou roubo dos bens ou do dinheiro



Negligência ou Abandono
Não providenciar alimentação, habitação ou assistência médica

12

Consequências da violência na Pessoa Idosa



Odivelas

(WHO, 2017)

Como detetar ?



Estar atento aos sinais objetivos e subjetivos.

Odivelas

14

Violência Física



O que podemos encontrar na prática:

- ✓ Feridas produzidas por cortes por objeto afiado;
- ✓ Fraturas;
- ✓ Nódos negros em localizações atípicas;
- ✓ Arranhões;
- ✓ Queimaduras (marcas de cigarros, marcas do radiador de aquecimento);
- ✓ Lesões nos olhos.



Odivelas

15

Violência psicológica



O que podemos encontrar na prática:

- ✓ Desespero;
- ✓ Labilidade emocional;
- ✓ Depressão;
- ✓ Perda de apetite;
- ✓ Alterações do sono;
- ✓ Medos excessivos.



Odivelas

16

Violência Financeira



O que podemos encontrar na prática:

- ✓ Súbita redução dos fundos financeiros;
- ✓ Remoção de material da propriedade;
- ✓ Idosos forçados a assinar um documento, sem lhes ser explicado para que fim se destina.



Odivelas

17

Violência Sexual



O que podemos encontrar na prática:

- ✓ Lesões;
- ✓ Queimaduras;
- ✓ Irritação cutânea nos órgãos genitais;
- ✓ Medo;
- ✓ Ansiedade à aproximação e à realização dos cuidados de higiene;
- ✓ Marcas de mordedura humana nos órgãos genitais.



18



Negligência

O que podemos encontrar na prática:

- ✓ Maus cuidados de higiene;
- ✓ Vestuário inadequado face às condições ambientais;
- ✓ Exposição a situações perigosas por ausência de vigilância;
- ✓ Falta de óculos, de prótese dentária;
- ✓ Ausência de cuidados de saúde;
- ✓ Desnutrição/desidratação;
- ✓ Úlceras de pressão;
- ✓ Pele irritada por urina;
- ✓ Isolamento social.



Odíveias

19



O que observar? (sinais subjetivos)

NA PESSOA IDOSA

- ✓ Medo de um familiar ou de um cuidador;
- ✓ Altera o comportamento na presença do cuidador;
- ✓ Refere-se ao cuidador como uma pessoa com "génio forte" ou que está frequentemente "cansado/o".

Odíveias

20



O que observar?

NO CUIDADOR (POSSÍVEL AGRESSOR)

- ✓ Sobrecarga ou hábitos de consumo;
- ✓ Evita que o profissional e a pessoa idosa conversem em particular;
- ✓ Opõe-se a assistência no domicílio;
- ✓ Descontrole emocional;
- ✓ "Controlador";
- ✓ Tenta convencer os profissionais de que a pessoa idosa está confusa;
- ✓ Culpabiliza o idoso por tudo o que acontece.

Odíveias

21



O que observar?

NA INTERAÇÃO DA PESSOA IDOSA E O CUIDADOR

- ✓ As histórias divergentes, contraditórias;
- ✓ Frequentes discussões, insultos;
- ✓ O cuidador mostra-se hostil ou impaciente durante as interações;
- ✓ A relação entre os dois é de indiferença mútua.

Odíveias

22



O que fazer no momento?

- ✓ Todas as ações devem ter como prioridade a **SEGURANÇA** da pessoa idosa;
- ✓ Aja sempre com **PRUDÊNCIA**;
- ✓ Pode falar abertamente com pessoa idosa, mas com cautela;
- ✓ Diga que acredita nela e que pode confiar em si (não prometa o que não poderá cumprir).

Adaptado DGS (2014) e APAV (2010)

Odíveias

23



O que fazer no momento?

- ✓ **DÊ CONHECIMENTO** da situação à **RESPONSÁVEL TÉCNICA**;
- ✓ Não exponha a vida da pessoa idosa à curiosidade alheia;
- ✓ Respeite a sua liberdade e as suas decisões.

Adaptado DGS (2014) e APAV (2010)

Odíveias

24

O que fazer hoje para prevenir amanhã?

- ✓ Dê **REFORÇOS POSITIVOS** quer à pessoa idosa quer ao cuidador;
- ✓ Promova a **SOLIDARIEDADE** intra-familiar;
- ✓ Fomente a **CONFIANÇA** e a **AUTONOMIA** da pessoa idosa.

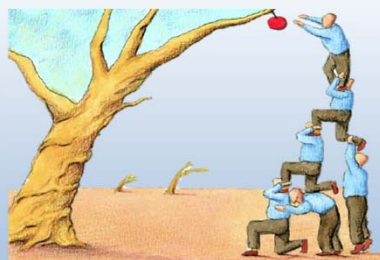


Adaptado DGS (2014) e APAV (2010)

Odivelas

25

Trabalho em equipa



Fonte: https://www.google.pt/search?q=trabalho+em+equipa&source=items&tm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwy64TPyqTXANVEzQdHTX3dcYQ_AUICg8&biw=1242&bih=576&imgdii=TzBfmuahQaWbM&imgsrc=4gHtGmrmguM

Odivelas

26

Instituições que prestam apoio

- Equipas de saúde;
- Forças de Segurança (PSP e GNR)
- APAV;
- Ministério Público;
- Emergência Social (144).

Odivelas

27



agradada pela vossa atenção!

Odivelas

28



Odivelas

29

	Concordo	Discordo
O isolamento da pessoa idosa e do cuidador favorece a violência na pessoa idosa.		
A falta de conhecimentos do cuidador faz com que a pessoa idosa possa ser vítima de negligência.		
Pessoa idosa e cuidador viverem na mesma casa é causa de violência.		
Devemos denunciar quando existem feridas inexplicáveis.		
O facto de o cuidador gostar de ver filmes violentos é causa de violência.		
É de suspeitar quando a pessoa idosa evita estar com a família.		
A presença de nódoas negras na pessoa idosa é sempre sinal que a mesma está a ser vítima de violência e por isso deve-se denunciar.		
O conhecimento de uma relação conflituosa entre o cuidador e a pessoa idosa, com frequentes discussões, insultos, não nos diz respeito, por isso não devemos fazer nada.		
Devemos ter uma atenção especial sobre as pessoas idosas cujo cuidador tenha hábitos de consumo de álcool ou drogas.		
A pessoa idosa com maior dependência tem maior probabilidade de ser vítima de violência.		

30

Bibliografia

- ⚡ Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido 22-01-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/programas-e-projectos.aspx>.
- ⚡ Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido 22-01-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- ⚡ Gil, A. P., (Ed.) (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido 22-01-2017. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1955/3/Envelhecimento%20e%20Viol%C3%Aancia%202011-2014%20.pdf>.
- ⚡ Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- ⚡ World Health Organization (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido 22-01-2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

Odileias

31

Bibliografia

- ⚡ Rogers, Ada (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*. 26, 65–72
- ⚡ Barchifontaine C. (2006). Vulnerabilidade e dignidade humana. *O Mundo da Saúde*. nº 30, vol. 3, 434
- ⚡ World Health Organization (2017). *Elder abuse. Fact sheet. Updated June 2017*. Acedido 17/06/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>.
- ⚡ Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS (2007). *Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: SMS

Odileias

32

Resultados da Avaliação da Formação às de Ajudantes de Ação Direta

Formação: Prevenção da violência doméstica contra a pessoa idosa

Data da formação: 08/11/2017

	INSATISFEITO	POUCO SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
Temáticas abordadas			43%	57%
Qualidade das comunicações			29%	71%
Organização da sessão			29%	71%
Recursos utilizados			43%	57%
Qualidade das instalações			29%	71%
Apreciação global			29%	71%

Sugestões: (1) – Alargar a temática às técnicas de serviço social/ Diretoras técnicas

Comentários: Não houve.

Participantes: 7 participantes, provenientes de 2 instituições particulares de solidariedade social.

Grupos profissionais presentes: Ajudantes de ação direta e responsável técnica de uma das instituições.

Resultados da Avaliação da Formação às de Ajudantes de Ação Direta

Formação: Prevenção da violência doméstica contra a pessoa idosa

Data da formação: 22/11/2017

	INSATISFEITO	POUCO SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
Temáticas abordadas	2%	0%	74%	23%
Qualidade das comunicações	2%	5%	74%	19%
Organização da sessão	2%	7%	77%	14%
Recursos utilizados	5%	14%	72%	9%
Qualidade das instalações	2%	2%	72%	23%
Apreciação global	2%	2%	70%	26%

Sugestões: (1) – S1- Tema para próxima sessão “Fim de Vida”

S2 – Tema para próxima sessão “Primeiros Socorros”

Comentários – C1-Refere que apesar da falha informática não ter permitido a apresentação do power-point a apresentação foi bom (classificou como pouco satisfeita nos recursos utilizados, restantes itens como satisfeita).

C2 – As formações são sempre muito importantes para ambas partes.

Participantes: 43 participantes, provenientes de oito Instituições Particulares de Solidariedade Social.

Grupos profissionais presentes: Ajudantes de ação direta e 2 responsáveis técnicas de duas instituições.

Resultados da Avaliação da Formação às de Ajudantes de Ação Direta

Formação: Prevenção da violência doméstica contra a pessoa idosa

Data da formação: 11/01/2018

	INSATISFEITO	POUCO SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
Temáticas abordadas			67%	33%
Qualidade das comunicações			67%	33%
Organização da sessão			67%	33%
Recursos utilizados			100%	
Qualidade das instalações			100%	
Apreciação global			33%	67%

Sugestões: Sem sugestões.

Comentários: Não houve.

Participantes: 6 participantes, todas da mesma Instituição Particular de Solidariedade Social.

Grupos profissionais presentes: Ajudantes de ação direta e responsável técnica da instituição.

Apêndice XXIII:
Estudo de Caso Sra. E



**ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA**

**8º Curso de Mestrado em Enfermagem-Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa Idosa**

**MODELO DE PARCERIA NA PESSOA IDOSA
COM SUSPEITA DE VIOLÊNCIA FINANCEIRA
E NEGLIGÊNCIA**

Estudo de Caso

Discente: Maria Julieta Araújo da Costa N.º 7386

Docente: Prof. Mª Emília Brito

Lisboa

Dezembro, 2017

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

EAI – *Elder Assessment Instrument*

PI – Pessoa Idosa

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	iii
ÍNDICE	v
INTRODUÇÃO	7
I. A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA	9
II. CONSTRUINDO A PARCERIA.....	11
1. 1ª FASE: Revelar-se	11
1.1. Enfermeiro dá-se a conhecer à pessoa.....	11
1.2. Quem é a pessoa/ Contexto de Vida.....	11
1.3. Sua principal preocupação.....	14
1.4. Condições habitacionais	14
1.5. Contexto de vida da sua cuidadora.....	15
1.6. História de Doença da Pessoa e o Impacto na sua vida Pessoal e Familiar.....	15
1.7. Medicação.....	16
1.8. Identificação dos fatores de risco para violência.....	19
2. 2ª FASE: Envolver-se.....	19
2.1. Avaliação Multidimensional	20
2.2. Conhecimento dos recursos da pessoa idosa.....	26
3. 3ª FASE: Capacitar ou possibilitar	26
4. 4ª FASE: Comprometer-se.....	27
5. 5ª FASE: Assegurar ou assumir o controle do cuidado de Si ou do Outro.....	32
III. ANÁLISE E REFLEXÃO.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	
I. Avaliação do estado nutricional (triagem): Mini Nutritional Assessment	
II. Avaliação da dor: Escala Qualitativa de Dor	
III. Avaliação das atividades básicas de vida diária: Índice de Katz	

- IV. Avaliação das atividades instrumentais de vida diária: Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007)
- V. Avaliação de quedas: Escala de Morse
- VI. Avaliação de risco de úlceras por pressão: Escala de Braden
- VII. Avaliação cognitiva: Avaliação Breve do Estado Mental
- VIII. Avaliação de depressão: Escala de Depressão Geriátrica
- IX. Avaliação da sobrecarga do cuidador: Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

APÊNDICES

- I. Identificação dos fatores de risco para violência

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso foi realizado no âmbito do estágio que decorreu em contexto comunitário, numa Unidade de Cuidados na Comunidade. A escolha da Sra. E para o estudo de caso resultou da proposta da equipa de saúde, pois o caso já havia sido discutido na equipa e subsistam dúvidas sobre a existência ou não de uma situação de violência financeira e/ou negligência.

Benner (2001, p. 56) refere que “as enfermeiras proficientes aprendem melhor quando se utilizam estudos de casos que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação”. Com este estudo de caso pretendi analisar a temática da violência dentro de um caso real, explorando o contexto de vida da Sra. E através da aplicação do modelo de parceria e da avaliação multidimensional.

Tive a preocupação de, ao longo da interação com a Sra. E e com seus cuidadores, respeitar os seus direitos, tendo obtido o consentimento para a inclusão das suas experiências neste estudo de caso, após terem sido informados dos objetivos do trabalho. Foi salvaguardado o direito de não responderem a alguma questão que considerassem mais intrusiva ou de desistirem, em qualquer momento caso assim o entendessem.

Tracei como objetivos deste estudo de caso:

- Aprofundar o conhecimento teórico sobre o fenómeno da violência, partindo do problema identificado pela equipa de saúde;
- Mobilizar modelo de parceria, no conhecimento da história pessoal, clínica e familiar da Sra. E, identificando as potencialidades e os principais problemas ou necessidades;
- Realizar um plano de cuidados centrado na pessoa da Sra. E.

Este trabalho obedece à seguinte estrutura: uma primeira parte em que faz uma pequena abordagem ao tema da violência sobre a PI, uma segunda parte onde se apresenta a pessoa da Sra. E nas suas diferentes dimensões, de acordo com o Modelo da Parceria, procurando identificar as potencialidades e os principais problemas ou necessidades; uma terceira fase em que se apresenta um plano de cuidados elaborado de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) com vista a capacitar a Sra. E para assumir o controlo do cuidado de Si; e por último algumas reflexões finais.

I. A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Estima-se que no mundo, uma em cada seis pessoas idosas foi vítima de violência, no último ano (*World Health Organization* [WHO], 2017). Embora se admita que a prevalência da violência possa apresentar valores mais baixos do que a que é praticada contra as crianças e as mulheres, é inegável que violência contra a pessoa idosa (PI) constitui um grave problema social e de saúde. Se considerarmos o crescente aumento da longevidade e os índices de dependência associados a este grupo populacional, prevê-se um crescente aumento da prevalência do fenómeno (Dias, 2005; Dong, 2017). Este fenómeno é um importante problema de saúde pública (Espíndola & Blay, 2007) que necessita de ser prevenido tendo em conta o impacto que produz na qualidade de vida das pessoas, com consequências físicas, sociais e psicológicas, com repercussões ao nível do aumento de custo associados a hospitalizações e consultas de seguimento (Podnieks & Thomas, 2017). Neste contexto, importa referir que os enfermeiros, inseridos na equipa interdisciplinar, têm um papel relevante na prevenção, deteção, avaliação, intervenção e encaminhamento das situações de violência sobre a PI (Price, 2013). Cabe aos enfermeiros promover um ambiente seguro e capacitar a pessoa para decidir sobre o seu projeto de vida e de saúde e assim conseguir alcançar “conforto e bem-estar” (Gomes, 2009, p. 236).

No projeto de carácter nacional “Envelhecimento e violência”, coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e concretizado em parceria com várias entidades, das várias tipologias de violência consideradas, a financeira e a negligência foram as mais prevalentes, com 6,3% e 0,4%, respetivamente (Gil, 2014).

Entende-se por violência financeira o uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedades ou outros bens sem consentimento da PI; a obtenção de assinatura forjada de cheques/documentos; levantamento de dinheiro de contas bancárias (sem conhecimento da PI); ocupação de divisões ou apropriação de casa (Gil, 2014). É notória uma crescente preocupação por este tipo de violência espelhado pelo crescente número de artigos publicados sobre a temática. Esta tipologia de crime é praticada maioritariamente pelos descendentes (26,1%), um fenómeno conhecido como “impaciência da herança” (do inglês “*inheritance impatience*”) (Hullick et al., 2017), mas também é praticada por outros familiares (25,9%) e por amigos/vizinhos (11,6%) (Gil, 2014). São crimes pouco denunciados e de difícil prova. Quando praticados por familiares da vítima têm natureza particular, o que implica que a vítima faça queixa (Fernandes & Carvalhas, 2016).

A negligência envolve qualquer ato de privação ou omissão no que respeita ao provimento de necessidades básicas de um indivíduo, a nível emocional, de saúde, educação, nutrição, segurança, habitação e condições de vida, por parte de quem tem esse dever (Price, 2013). Tendo em conta a intencionalidade da conduta, a negligência pode ser classificada como ativa, se existir uma intencionalidade na ausência das ações necessárias ao bem-estar da pessoa, ou passiva, se resultar do desconhecimento, não existindo intencionalidade em prejudicar¹ (Dias, 2005). Esta tipologia, provavelmente como resultado da dificuldade relacionada com a sua operacionalização, é uma das dimensões do fenómeno que apresenta maior diversidade de frequências (Lowenstein, Eisikovits & Winterstein, 2009 citados por Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013).

Para o exercício da sua prática profissional, independentemente da área em que exerça funções, o enfermeiro deve possuir uma capacidade integradora de competências, e deve fundamentar a sua prática com base num constructo teórico.

Procurei com este estudo de caso demonstrar uma prática de enfermagem avançada, sustentada por um modelo de intervenção com a PI, que emergiu do desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Optei pelo Modelo de Parceria (Gomes, 2013) porque acredito que “qualquer que seja a circunstância do doente idoso, ele é um ser de ação, decisão e cuidado” (Gomes, 2013, p. 94). Este modelo pressupõe cinco fases distintas que não são estanques e que por isso podem ocorrer em simultâneo, são elas: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, assumir ou assegurar o cuidado de si.

Para a realização do estudo de caso recorreu-se a diversas fontes de informação: observação, entrevista semidirética, consulta do processo clínico, complementadas com a aplicação de diversos instrumentos de avaliação da pessoa.

¹ Bernal & Gutiérrez (2005) advogam que, ainda que o cuidador não profissional, membro da família ou não, possa ter certos fatores atenuante por não ser profissional, isto não significa que não haja responsabilidade na prestação do cuidado prestado.

II. CONSTRUINDO A PARCERIA

O Modelo de Parceria, constituído por cinco fases (revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro), permite compreender “o verdadeiro encontro” entre a pessoa que cuida e a pessoa que vive a doença (Gomes, 2013). Como modelo de intervenção, requer tempo e disponibilidade interior.

1. 1ª FASE: Revelar-se

Esta primeira fase “caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99). Tendo como objetivo a promoção do projeto de saúde e de vida da PI o enfermeiro procura, primeiro que tudo dar-se a conhecer e, de seguida, conhecer a identidade, o contexto de vida, a história da doença, assim como o potencial de desenvolvimento da PI.

1.1. Enfermeiro dá-se a conhecer à pessoa

A primeira vez que vi a Sra. E foi quando entrei na sua casa acompanhada pela colega. Esta utente já era acompanhada pela equipa de cuidados continuados desde 2002 (com algumas interrupções pelo meio). Neste primeiro contacto, apresentei-me e expliquei que estava a começar o meu estágio naquela unidade mas que já era enfermeira há mais de 20 anos e que desempenhava funções numa outra unidade. Expliquei que como aluna tinha de realizar um trabalho mais aprofundado a uma das utentes acompanhadas pela unidade, e que teria todo o gosto em escolhê-la, caso ela autorizasse. Elucidei que caso aceitasse necessitaria da sua colaboração para realizar pequenos “jogos” para melhor conseguir avaliar o seu estado geral.

1.2. Quem é a pessoa/ Contexto de Vida

A Sra. E tem 85 anos, é portuguesa, natural da Guarda, é solteira, reformada e reside sozinha. Já é acompanhada por esta unidade desde 2002, com algumas interrupções. O cuidador principal é a vizinha B. e o seu marido Sr. A assume o papel de cuidador secundário². A Sra. E tem uma gata, a X, com quem tem uma relação muito afetuosa.

² O cuidador primário é o principal responsável pela prestação de cuidados e o secundário é alguém que apenas colabora (Sequeira, 2010).

Quando habitualmente entrávamos no seu domicílio, ao contrário da maioria das pessoas idosas, a Sra. E tinha sempre a televisão desligada, e estava geralmente com o terço nas mãos a fazer as suas orações, que “sabia de cor” apesar de ter sempre por perto o seu livro de orações. Era com a mesma facilidade que também recitava uma série de lengalengas.

A Sra. E era a mais velha dos seis irmãos. Dois dos irmãos faleceram em criança e os outros dois já em adulto. Presentemente, só tem uma irmã viva que reside na “terra”, e duas sobrinhas, com quem não mantém relações. Refere que a vida as afastou, “cada uma foi para o seu lado” (sic).

Aos 17 anos veio da “terra” (Guarda) com o tio. Durante toda a vida trabalhou como empregada doméstica. Chegou a trabalhar na mesma casa durante 19 anos, tendo criado uma relação muito próxima com os patrões de então, que entretanto faleceram.

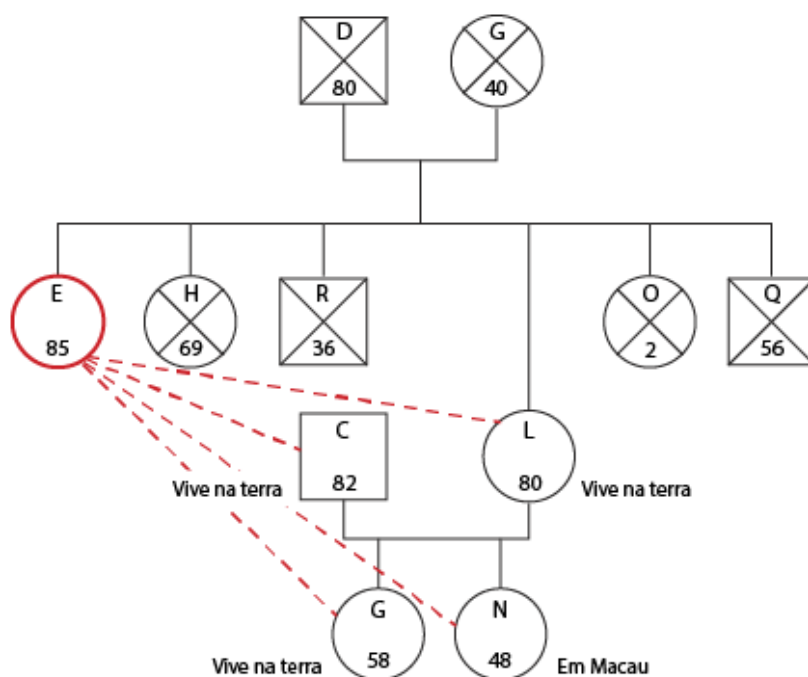
Fez a quarta classe já em adulta, refere que sabe ler e escrever.

O seu maior orgulho foi ter construído a sua casa, sozinha com o seu esforço.

É uma pessoa muito reservada em relação à sua vida íntima, quando perguntei sobre os “namoricos” diz que nunca deu muita confiança aos homens. Chegou a ter uma pessoa “interessada” mas a pessoa não interessava à Sra. E. Deixou passar nas entrelinhas que havia algo, um segredo relacionado com um envolvimento amoroso mas referiu que não gostaria de falar sobre o assunto. Procurei respeitar a sua privacidade e não insisti mais no assunto.

Através da informação que a Sra. E foi transmitindo foi possível construir um genograma. O genograma é um desenho ou diagrama da árvore familiar que agrega informações sobre os membros da família e seus relacionamentos nas três últimas gerações (Sousa, Figueiredo, Erdmann, 2010). Ele permite representar a estrutura, tipo de família, a história da sua família e a qualidade das relações (Wendt & Crepaldi, 2008). O genograma representa uma visão estática daquele momento, por isso está datado.

Genograma da Sra. E (17/11/2017)

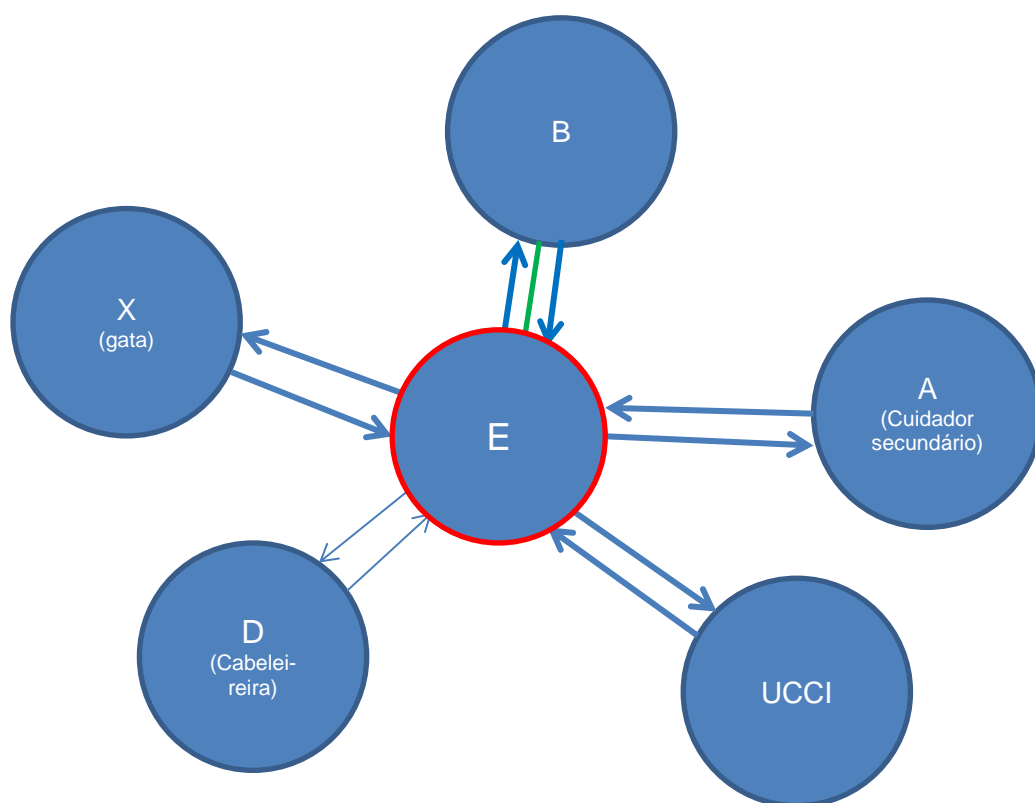


Legenda do genograma

	Masculino		Relação indiferente distante
	Feminino		Falecido
	Pessoa índice		Casamento

Através do ecomapa é possível visualizar a representação da rede social de suporte da Sra. E em relação à comunidade que a rodeia, focando a dinâmica inter-relacional (Caeiro, 1991; Sousa, Figueiredo, Erdmann, 2010).

Ecomapa da Sra. E (17/11/2017)



Legenda do ecomapa

	Pessoa índice
	Relação próxima
	Relação casual
	Cuidador principal

1.3. Sua principal preocupação

A maior preocupação da Sra. E é não ser um peso para os seus cuidadores, por receio do que isso possa implicar, nomeadamente a necessidade de ir para um lar, sair do seu espaço, da sua casa.

1.4. Condições habitacionais

A Sra. E vive numa pequena vivenda com quintal cujo acesso se faz através de umas escadas íngremes. A sua habitação possui algumas barreiras arquitetónicas como corredor e portas estreitas, casa de banho pequena, sem barras de apoios; a casa de uma forma geral está cheia com objetos nomeadamente no corredor. Tem água, luz e gás mas não tem aquecimento apesar do frio e tem mau isolamento térmico.

1.5. Contexto de vida da sua cuidadora

A Sra. B é vizinha da Sra. E. Referiu ter já os filhos crescidos e de não ter outras obrigações/encargos. Trabalha durante a semana no atendimento ao público. Todos os sábados vai ajudar a Sra. E na sua higiene e aos Domingos à tarde faz a limpeza à casa. Como o Sr. A está reformado é ele que durante a semana assegura o que possa ser necessário à Sra. E, nomeadamente leva-lhe as refeições e faz pequenos recados. Este casal está responsável pelos cuidados à Sra. E há mais de 20 anos sendo que inicialmente o seu grau de dependência era menor. Desde que assumiram a tarefa de cuidar da Sra. E nunca foram de férias ou se ausentaram, não só pelo facto de cuidarem da Sra. E como também porque possuem animais.

Fruto da boa relação que tiveram durante anos e porque a Sra. E não mantém relações com nenhum dos seus familiares, a Sra. E fez doação da sua casa, com usufruto da mesma em vida, ao Sr. A e à Sra. B.. São também estes que estão responsáveis pela gestão financeira dos seus bens.

1.6. História de Doença da Pessoa e o Impacto na sua vida Pessoal e Familiar

A Sra. E era uma pessoa autónoma até ter tido um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico à direita em Março de 2013, com hemiparesia à esquerda, de predomínio braquial.

Tem como antecedentes pessoais: cardiopatia isquémica; disritmia cardíaca; HTA; dislipidémia controlada; insuficiência cardíaca; fratura do colo do fémur esquerdo; gonartrose bilaterais; prótese na anca esquerda.

Na tabela seguinte, apresento de forma sistemática as principais alterações dos sistemas fisiológicos decorrentes do processo de envelhecimento da Sra. E, de acordo com Moraes (2008).

Tabela 1 – Alterações nos sistemas anatómicos da Sra. E, adaptado de Moraes (2008)

SISTEMA	ALTERAÇÕES ANATÓMICAS	ALTERAÇÕES FUNCIONAIS	REPERCUSSÃO
Sistema Cardiovascular	Endocárdio	Cardiopatia isquémica; HTA; dislipidémia controlada.	Insuficiência cardíaca
	Veias	Varizes.	Insuficiência venosa.
Sistema Genito-urinário	Bexiga		Incontinência urinária.

SISTEMA	ALTERAÇÕES ANATÓMICAS	ALTERAÇÕES FUNCIONAIS	REPERCUSSÃO
Sistema Nervoso Central	Encéfalo	Acidente Vascular Cerebral isquémico com hemiparesia à esquerda, de predomínio braquial.	Diminuição da força muscular no membro superior à esquerda.
Sistema Músculo-esquelético	Esqueleto	Fratura do colo do fémur esquerdo com prótese na anca esquerda.	Dor na anca esquerda; Lentificação da marcha; Instabilidade postural.
	Articulações	Gonartroses bilaterais.	
Sistema Tegumentar	Pele	Hiperpigmentação no terço médio das pernas.	Úlceras varicosas.

1.7. Medicação

A Sra. E está polimedicada, toma oito medicamentos em simultâneo. A polimedicação define-se como o consumo de quatro ou mais medicamentos simultaneamente. Henriques (2013) chama atenção para o facto de se reduzir a complexidade a uma questão numérica traz uma visão muito redutora à problemática. Administrar um medicamento prescrito requer da pessoa competências que vão desde aquisição do medicamento, lembrar-se das horas certas, tomar a dose certa, tendo preparado da forma correta, respeitando as indicações específicas. É a complexidade do seu regime terapêutico que constitui um fator predisponente aos efeitos adversos. É o Sr. A que lhe compra a medicação, mas a gestão da medicação é realizada pela Sra. E de forma autónoma, contudo tem dificuldade em nomear e explicar os efeitos dos medicamentos, provavelmente como resultado das alterações na memória de evocação de curto prazo decorrentes do processo de envelhecimento (Henriques, 2013). Foi importante escutar a narrativa da Sra. E com tempo e mostrando disponibilidade. Easter (2000) refere que para manter a presença terapêutica, a enfermeira teve que integrar habilidades como a escuta ativa, a congruência, a aceitação incondicional e o não julgamento como pré-requisitos.

Em conversa forneci um reforço positivo no sentido de valorizar o facto de tomar a medicação a horas.

Tabela 2. Lista da medicação da Sra. E.

MEDICAMENTO	GRUPO FARMACOLÓGICO	VIA ADMINISTRAÇÃO	DOSE	HORÁRIO
Sertralina	Anti-depressivo (Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina)	Oral	50 mg	1 cp P.alm
Tromalyte	Anti-agregante plaquetário	Oral	150 mg	1 cp P.alm
Tramadol	Opiáceo	Oral	100 mg	2cp P.alm +1cp Jantar
Gabapentina	Antiepiléptico / analgésico para dor neuropática	Oral	300 mg	1 cp jantar
Visacor 10	libidores da HMG-CoA redutase ou estatinas	Oral	10 mg	1 cp Jantar
Perindopril	Anti-hipertensivo; inibidor da enzima de conversão da angiotensina I	Oral	4 mg	1 cp. Jantar
Omeprazol	Protetor gástrico	Oral	20 mg	1 cp Jejum
Paracetamol	Anti-pirético e analgésico	Oral	1 g	1 cp SOS

Em relação à terapêutica verifiquei a existência de cinco interações medicamentosas através do site da Medscape (<https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>), uma das quais grave, três moderadas e uma ligeira que apresento na seguinte tabela.

Tabela 3. Interações medicamentosas identificadas na lista da medicação da Sra. E.

TIPO DE INTERAÇÃO	MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS	MECANISMOS ENVOLVIDOS	RECOMENDAÇÕES
Interação grave	Aspirina + Perindopril	Antagonismo farmacodinâmico Diminuição significativa da função renal e AINEs (anti-inflamatórios não esteroides) podem diminuir o efeito anti-hipertensivo dos inibidores da ECA.	Utilize medicamentos alternativos

TIPO DE INTERAÇÃO	MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS	MECANISMOS ENVOLVIDOS	RECOMENDAÇÕES
Interações moderadas	Sertralina + Aspirina	Sinergismo farmacodinâmico Com aumento da toxicidade. Risco de hemorragia gastro intestinal superior.	Modifique a terapêutica ou use com uma monitorização apertada
	Perindopril + Aspirina	Aumento da toxicidade de ambos. Pode resultar em deterioração da função renal, particularmente com altas doses de aspirina, em pessoas idosas ou desidratados.	Modifique a terapêutica ou use com uma monitorização apertada
	Sertralina + Tramadol	Aumento dos níveis de serotonina. A sertralina diminui os efeitos do tramadol ao diminuir a conversão do tramadol para o metabolito ativo.	Modifique a terapêutica ou use com uma monitorização apertada
Interação ligeira	Gabapentina + Paracetamol	A gabapentina diminui os níveis do paracetamol.	Monitorização

O apoio dos seus vizinhos Sra. B e Sr. A foi e tem sido uma ajuda importante desde que ocorreu o AVC. Mas em Março deste ano a Sra. E queixou da falta de assistência por parte dos cuidadores. Na altura fez-se uma conferência familiar³ e foi-lhe proposto a ida para um lar mas a mesma recusou. Também lhe propuseram um apoio domiciliário em termos de refeições e higiene, mas a Sra. E também recusou, uma vez que esse apoio já era assegurado pelos cuidadores. Na altura, foi assumido por parte do casal que os mesmos iriam assegurar os cuidados à Sra. E até a mesma ficar acamada.

De acordo com a técnica de serviço social da equipa, os cuidadores recebem o complemento de dependência que vem no nome da Sra. E.

³ Conferência familiar é uma forma estruturada de intervenção familiar que permite ao doente e familiares e equipa de saúde, em conjunto, elaborar e hierarquizar problemas, discutir diferentes opções de resolução das situações e estabelecer consensos, decisões e planos (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010)

1.8. Identificação dos fatores de risco para violência

A Sra. E é uma mulher, com mais de 74 anos; tem um elevado nível de dependência física (com dependência severa nas atividades instrumentais de vida diária em que a gestão financeira é efetuada pelo casal de cuidadores); poderemos considerar a existência de alguns episódios de comportamentos desafiadores (a Sra. E não aceita que lhe condicionem o acesso ao quintal); apresenta isolamento social pois vive sozinha, não sai do domicílio e não recebe visitas para além dos cuidadores e dos elementos da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Por último, possui um suporte social deficitário, tendo a utente recusado qualquer tipo de apoio da rede social de suporte (apêndice I).

2. 2ª FASE: Envolver-se

Esta segunda fase do processo de parceria caracteriza-se “...pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2013, p. 100).

Nesta fase procurei identificar o que há de mais singular na Sra. E, o que implicou gerir bem o tempo de forma a poder estar com disponibilidade para escutar. McCormack e McCance (2006) salientam que uma enfermeira qualificada pode adotar essas posições diferentes em momentos diferentes. Tendo uma presença simpática destaca um compromisso que reconhece a singularidade e valor do indivíduo respondendo a pistas.

Tendo em conta isso, procurei estar com a minha atenção voltada para Sra. E, demonstrando respeito pela sua identidade. Nem sempre foi possível prosseguir com o que tinha planeado porque houve necessidade de respeitar “os tempos” da Sra. E e ter em conta também as condicionantes a que eu própria estava sujeita pois tinha outras visitas para realizar.

McCormack e McCance (2006) também referem que a capacidade da enfermeira aplicar o modelo centrado na PI é fortemente influenciada pela cultura da organização, ou seja, pelo contexto onde o cuidado é prestado, e no serviço em que me encontro, a gestão do tempo nem sempre é fácil.

Foi importante realizar uma avaliação multidimensional para efetuar um diagnóstico, um prognóstico e uma avaliação clínica em enfermagem mais adequada, que me

permitiu servir de base para a tomada de decisões sobre as intervenções (Apóstolo, 2012), ou seja, para criar um plano de cuidado individualizado mais centralizadas na pessoa da Sra. E. A prevenção da violência contra a PI por parte das equipes de cuidados de saúde primários deve começar a partir da avaliação e diagnóstico integral dos problemas apresentado pela pessoa idosa e seu ambiente, detetando e analisando em profundidade os possíveis fatores de risco (Perel-Levin, 2008).

2.1. Avaliação Multidimensional

A confiança é a base da relação entre o enfermeiro e a PI. Esta relação depende das características do enfermeiro enquanto pessoa e da eficácia das suas intervenções. E elas serão mais eficazes se forem centradas nas necessidades daquela pessoa em particular (Gomes, 2013), para tal o enfermeiro necessita de efetuar a avaliação multidimensional da PI. De uma forma geral, a escolha dos instrumentos de avaliação teve em conta os que já eram utilizados no serviço, a simplicidade da sua aplicação, a sua fiabilidade, facilidade de execução, e a adesão da Sra. E aos mesmos.

A avaliação teve início com a observação física da Sra. E que se apresentava com pele e mucosas coradas e hidratadas. Cabelo branco, fino, escasso e curto. Ausência de algumas peças dentárias. Ligeira diminuição da acuidade auditiva. Artroses em diversas articulações nomeadamente ao nível as mãos. Unhas com algum espessamento, sem evidências de micoses, nomeadamente interdigitais. Membros inferiores com gonartrose bilaterais e prótese na anca esquerda. Sem alterações de coloração e temperatura. Pulsos pediosos e tibial posterior de ambos membros presentes. Ferida com 5 cm x 4 cm de dimensão, no membro inferior direito sugestiva de úlcera varicosa, com hiperpigmentação no terço inferior do membro. Bordos irregulares, encovados e arredondados. Cerca de 40% tecido de desvitalizado e 60% tecido de granulação. Exsudativa. Edema está controlado pelo sistema de ligaduras de curta tração. De acordo com os registos a Sra. E fez doppler em 2015 a excluir compromisso arterial.

Não foi possível avaliar o peso da Sra E, pelo que optei por efetuar a avaliação do estado nutricional através do **Mini Nutritional Asseessment** versão reduzida substituindo o índice de massa corporal pela questão F2 correspondente à circunferência da perna. A pontuação obtida foi de 13 pontos: **estado nutricional normal** (anexo I).

Avaliação da dor – Ligeira na anca à esquerda. Utilizei a **Escala Qualitativa de Dor** (anexo II).

Relativamente à avaliação das **atividades básicas de vida diária**⁴ optei por utilizar o **índice de Katz**, também chamado **Índice de Atividades de Vida Diária** (Apóstolo, 2012) uma vez que o mesmo é utilizado no serviço. Nesta avaliação a Sra. E teve uma pontuação de 3 pontos, o que corresponde a uma **dependência moderada** (anexo III). Necessita de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, para se vestir completamente (não consegue vestir a roupa interior) e tem incontinência parcial vesical (urina no chão porque não consegue usar fralda/cueca)⁵.

Para avaliação das **atividades instrumentais de vida diária**⁶ optei pelo **Índice de Lawton-Brody**, versão apresentada por Sequeira (2007), por já se utilizar no serviço e conseguir clarificar o grau de dependência. Obteve um score de 23 pontos, que corresponde a uma **severa dependência** (anexo IV), em que no item cuidar da casa necessita de ajuda para todas as tarefas, só lava as pequenas peças de roupa, prepara os pratos pré-cozinhados, é incapaz de ir às compras, só liga para lugares familiares, é incapaz de usar o transporte, é incapaz de usar o dinheiro mas é responsável pela medicação.

Para **avaliação de quedas** optei pela **Escala de Morse**, por ser o adotado pelo serviço. O resultado obtido foi de 75 pontos, sendo indicativo de **alto risco de queda** (anexo V). Quanto maior for o score maior é o risco. Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos. A Sra. E teve uma queda recente, tem como diagnósticos secundários desequilíbrios, apresenta ainda alterações posturais e urgências urinárias sobretudo à noite. Utiliza um auxiliador de marcha (andarilho), tem défice da marcha, mas tem consciência das suas limitações.

Apesar da **Escala de Braden** ser obrigatória no serviço, no caso da Sra. E a sua utilização é pertinente, porque a utente tem alterações da mobilidade e passa muito tempo sentada na mesma posição. De acordo com esta escala, a Sra. E tem um **baixo risco** de desenvolver uma úlcera de pressão (anexo VI). A Sra. E não apresenta nenhum défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou ex-

⁴ As atividades básicas de vida diária são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência da pessoa e referem-se às tarefas do quotidiano, necessárias para o cuidado com corpo (Moraes, 2012).

⁵ As atividades como banhar-se, vestir-se e ir à casa de banho são funções influenciadas pela cultura e aprendizado, portanto, mais complexas. Habitualmente, o declínio funcional inicia-se por essas tarefas (Moraes, 2012).

⁶ As atividades instrumentais de vida diária são mais complexas que as básicas e são indicadores da capacidade da PI de viver sozinha na comunidade. Referem-se às tarefas necessárias para o cuidado com o domicílio ou atividades domésticas, e são significativamente influenciadas pelo género e pela cultura (Moraes, 2012).

primir dor ou desconforto, nem nenhuma limitação na percepção sensorial. A pele está ocasionalmente húmida, anda ocasionalmente, encontra-se ligeiramente limitada na mobilidade, a nutrição é adequada, a fricção e o deslizamento é um problema.

A cognição é responsável pela nossa capacidade de decidir, engloba um conjunto de capacidades mentais que possibilitam à pessoa compreender e resolver os problemas do quotidiano (Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes, 2017). Dela faz parte a memória (capacidade de armazenamento de informações), função executiva (capacidade de planear, antecipar, sequenciar e monitorizar as tarefas complexas), linguagem (capacidade de compreender e expressar na linguagem escrita e oral), praxia (capacidade de executar um ato motor), gnosis/percepção (capacidade de reconhecer os estímulos auditivos, visuais e táteis) e função visuoespacial (capacidade de localizar no espaço e perceber as relações entre os objetos). A par com o humor (motivação), a cognição é crucial para a manutenção da autonomia (Moraes, 2012; Siquenique, 2015). Para a avaliação cognitiva foi utilizada a **Avaliação Breve do Estado Mental**, por ser breve e por permitir identificar mais facilmente as áreas a serem objeto da nossa intervenção. Teve um score de 20 pontos, ou seja **com defeito para adultos com escolaridade** (anexo VII). Apresenta alterações nos seguintes itens: orientação temporal, só acertou no ano, mas está orientada no espaço; atenção e cálculo, na subtração a Sra. E só acertou na primeira resposta; na linguagem escrita, não conseguiu escrever uma frase nem conseguiu copiar um desenho que lhe mostrei, mas temos aqui a questão das artroses. Objetivamente, considere que a Sra. E foi fortemente penalizada pela presença das artroses no seu desempenho motor. Durante as diversas interações sempre apresentou um discurso coerente e fluido.

Considere a hipótese de utilizar o *Hopkins Competency assessment test* para consolidar a avaliação cognitiva, uma vez que Martinho (2016) citando Dong XQ. (2014, 2015) refere que estudos recentes mencionam ser este o instrumento mais adequado para avaliar esta dimensão. Mas pelo facto de o instrumento não estar validado para a população portuguesa, acabou por não ser uma opção.

O humor é uma função indispensável para a preservação da autonomia da pessoa, sendo fundamental para a realização das atividades de vida diária (Siquenique, 2015). Para avaliação de depressão e solidão optei por utilizar a **Escala de Depressão Geriátrica**, por ser uma versão mais breve e mais consensualmente aceite (Siquenique, 2015). Pretende-se apenas rastrear e encaminhar, se necessário. Pontuou com 5 pontos o que revelou **sem depressão** (anexo VIII).

Tendo em conta que a sobrecarga é um fator de risco para a violência, foi também efetuada a avaliação da sobrecarga do cuidador, tendo sido aplicada a **Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**. Este instrumento aplicado à Sra. B permitiu identificar o impacto da prestação de cuidados, a relação interpessoal, as expectativas face ao cuidar e a perceção de autoeficácia, tendo obtido um score de 36 pontos – **sem sobrecarga** (anexo IX).

Durante a entrevista que realizei à Sra. B (pelo telefone) percebi que, apesar de não haver evidências de sobrecarga, estes cuidadores tinham dificuldade em respeitar os desejos da Sra. E. A Sra. B referiu que nem sempre era fácil lidar com as vontades da Sra. E. De acordo com a Sra. B, a Sra. E gostava que a sopa fosse feita à sua maneira e na sua casa, recusava-se a desfazer-se de alguns objetos já sem uso e, apesar do perigo de queda, insistia em ir para o quintal lavar a sua roupa.

Em termos de **indicadores objetivos de violência** relativos à PI identificamos a **doação em nomes dos cuidadores** (sugestivo de exploração financeira) e **exposição a situações perigosas por ausência de supervisão e isolamento social** (sugestivo de negligência). No entanto, um indicador de suspeita não pode converter-se num definidor de violência. Ou seja, a suspeita não confirma por si só a existência da violência. Ela é como um aviso e é recomendado proceder a outras avaliações para se poder efetuar um diagnóstico (Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde, 2007).

Para a recolha dos dados procurei, ao longo da interação com a Sra. E, desenvolver uma atitude empática, facilitadora da comunicação e expressão de sentimentos, adequando sempre a linguagem e utilizando um tom de voz apropriado, não emitindo juízos de valor acerca do que me ia relatando (DGS, 2016).

Pouco a pouco, fui introduzindo algumas questões relativamente ao relacionamento entre a Sra. E e os seus cuidadores. Perguntei-lhe se alguma vez tinha sentido que tinha sido tratada de forma injusta, ou a tinham obrigado a assinar algum documento desconhecendo o conteúdo. Referiu que não, que os vizinhos eram pessoas boas que se preocupavam com ela. Mas também referiu que nos últimos tempos as quedas eram cada vez mais frequentes, que se sentia mais limitada e, por isso, solicitava mais a presença dos cuidadores. Da última vez, a queda aconteceu a meio da noite quando se levantou para urinar. Para não estar a incomodar, não chamou os cuidadores, ficando cerca de três horas no chão. Expliquei que não deveria fazer isso, deveria sempre chamá-los, pois eles próprios se dispuseram a ajudá-la, mesmo que fosse durante a noite.

Foi através de uma atitude de proximidade, de afetividade, de preocupação, de competência relacional e sobretudo pela relação de alguma cumplicidade, que já tinha com a colega que me acompanhava, que Sra. E foi partilhando connosco que se sentia triste porque a impediam de ser “dona do seu nariz”, quando ainda se sentia capaz para tomar as suas decisões. Referiu que os cuidadores queriam impedi-la de ir até ao quintal e não queriam que ela fizesse o que ainda consegue fazer, nomeadamente lavar as suas peças de roupa interior como sempre fez. -“Querem fazer de mim mais doente do que estou!”, referiu com as lágrimas a correrem pela face. “Se calhar o melhor era ir para um lar e deixar a casa para eles...”, acrescentou.

Durante a entrevista foi interessante observar as atitudes e o estado emocional da Sra. E. Notei que a Sra. E tinha receio de aborrecer o Sr. A, nomeadamente com a questão do esquentador desligado e da chave que deveria estar no sítio correto quando saíssemos, mas ao mesmo tempo era uma mulher decidida, dona da sua vontade, disposta a lutar para ainda poder estar mais algum tempo no seu espaço.

Para a **avaliação do risco de violência** optei por utilizar o *Elder Assessment Instrument* (EAI), porque é o único instrumento de avaliação que está traduzido e validado para a população portuguesa, pode ser utilizado em vários contextos, nomeadamente comunitário e é de fácil aplicação (Fulmer, 2008). Tem a vantagem de não necessitar de avaliação cognitiva para ser aplicado, ao contrário do que acontece no Índice de Suspeita de Abuso a Pessoa Idosa (ISAPI - versão portuguesa em fase de validação do EASI - *Elder Abuse suspicion Index*) (Martinho, 2016).

Tabela 4- Elder Assessement Instrument

I. Avaliação Geral	Muito Bom	Bom	Baixo	Muito baixo	Impossível Avaliar
1. Vestuário		X			
2. Higiene			X		
3. Nutrição		X			
4. Qualidade da pele			X		
5. Comentários adicionais:	Com dificuldade na higiene pessoal.				
II. Possíveis indicadores de Abuso	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
6. Contusões	X				
7. Golpes	X				
8. Fraturas	X				
9. Vários estádios de <i>cura</i> de escoriações ou fraturas	X				

10. Evidência de abuso sexual	X				
11. Queixa de abuso repetido pelo idoso	X				
12. Comentários adicionais:	Sem evidências de indicadores de abuso				
III. Possíveis Indicadores de Negligência	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
13. Contraturas	X				
14. Lesões de pressão	X				
15. Diarreia	X				
16. Depressão	X				
17. Impacto	X				
18. Desnutrição	X				
19. Queimaduras de urina	X				
20. Pouca higiene		X			
21. Falha na resposta a aviso de doença óbvia		X			
22. Medicação inadequada (carência/excesso)		X			
23. Readmissão hospitalar devido a provável falta de vigilância dos cuidados de saúde		X			
24. Queixas do Idoso por negligência repetida	X				
25. Comentários adicionais:	Com evidência possível de negligência, há história de queda em que só uns dias depois os cuidadores levaram à urgência, e esquecimentos esporádicos na compra da medicação.				
IV. Possíveis indicadores de Exploração	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
26. Mau uso do dinheiro		X			
27. Evidência da exploração financeira		X			
28. Registos de exigências de bens em troca de serviços				X	
29. Incapacidade para controlar dinheiro/bens				X	
30. Queixas do idoso de exploração repetida		X			
31. Comentários adicionais:	A Sra. E fez doação dos seus bens com usufruto da própria, em vida. Já referiu ter “pouco apoio” mas desculpa os cuidadores porque eles estão muito ocupados e ela não quer dar trabalho.				
V. Possíveis indicadores de Abandono	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
32. Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas	X				
33. Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio		X			

34. Queixas do idoso de abandono repetido	X				
35. Comentários adicionais:	A Sra. E Já foi encontrada no chão do seu domicílio, após queda. A Sra. E permanece habitualmente mais de 10 horas sozinha.				
VI. Resumo	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
36. Evidência de Abuso	X				
37. Evidência de Negligência		X			
38. Evidência de Exploração					X
39. Evidência de Abandono		X			
40. Comentários adicionais:	Realizada uma conferência familiar em Julho e foi-lhe proposto a ida para um lar ou um apoio domiciliário em termos de refeições e higiene, mas a Sra. E recusou, uma vez que esse apoio já era assegurado pelos cuidadores				

2.2. Conhecimento dos recursos da pessoa idosa

A Sra. E referiu que o seu maior suporte emocional e afetivo advém da sua relação com Deus, identificado aqui como fator protetor. No Relatório Europeu sobre a Prevenção dos Maus-tratos a Idosos (WHO, 2011), a Organização Mundial de Saúde reconhece que as crenças religiosas fortes e as normas e valores da PI, são fatores associados ao aumento da resiliência aos efeitos negativos da violência.

A Sra. E referiu também, durante a entrevista, que é muito importante a relação de amizade que tem com Sra. B e o Sr. A, apesar de nem sempre estarem de acordo.

3. 3ª FASE: Capacitar ou possibilitar

Nesta terceira fase pretende-se "...construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir" (Gomes, 2013, p. 101) ou "assumindo o enfermeiro a responsabilidade dos cuidados que o Outro devia ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia ..." (Gomes, 2013, p. 102).

Durantes as várias visitas à Sra. E procurei construir a relação de parceria baseada na informação, no esclarecimento, reflexão conjunta, e negociação, o que permitiu a partilha de responsabilidades e de poderes. Este processo possibilitou que a Sra. E tivesse um papel potencial de transformar a sua própria realidade (Gomes 2013).

Procurei também que a nossa intervenção fosse no sentido de explicar à Sra. E os efeitos esperados de cada terapêutica, alertá-la para alguns efeitos secundários ou decorrentes de interações medicamentosas, de incentivar a marcha, oferecendo

estratégias para diminuir o risco de quedas. Para tal, foi importante identificar, com a ajuda da Sra. E, os fatores que poderiam aumentar os riscos, nomeadamente a presença de tapetes no domicílio, o balde no corredor de acesso à cozinha. Foi importante explicar o processo da doença venosa para que compreendesse a necessidade de deambulação, nomeadamente dos treinos da marcha, mas com supervisão. Durante este processo procurei encontrar estratégias em conjunto com a Sra. E para que ela assegurasse o cuidado de Si. Foi também essencial promover a reflexão da Sra. E sobre os seus ganhos e as suas dificuldades durante a execução das intervenções. Para mim, foi importante demonstrar o respeito pelo ritmo e pelas decisões da pessoa, tentando não impor as intervenções previamente planeadas. Como refere Gomes (2013, p. 78), “o enfermeiro deve reconhecer a pessoa como responsável pelo seu projeto de vida e de saúde. Para isso esta precisa ser investida de poder (*empowerment*) que suporte os processos de tomada de decisão...”.

Neste percurso de capacitação, o enfermeiro também aprende com a PI a tomar consciência de si e da sua vulnerabilidade (Gomes, 2013). E ao longo destas visitas, também eu aprendi, observando a interação entre a enfermeira que me acompanhava e a Sra. E, nomeadamente na sua forma de falar calma, procurando sempre captar a atenção da Sra. E, olhando “olhos nos olhos” sempre que era fornecida uma informação importante.

4. 4ª FASE: Comprometer-se

Esta quarta fase caracteriza-se pelo “...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa...” (Gomes, 2013, p. 103).

Nesta fase do processo de parceria foram desenvolvidas intervenções, algumas de âmbito interdisciplinar, que procuraram promover uma transição progressiva entre a capacidade potencial da Sra. E para uma capacidade real, de forma a poder continuar com a sua trajetória de vida. O plano de cuidados que permitiu dar visibilidade a este processo, teve em conta na sua elaboração, as necessidades, as preocupações, e os valores da Sra. E. Ele procurou tornar visível o esforço conjunto em promover o cuidado de si, ou também assegurar o cuidado do outro, sempre que foi necessário a intervenção dos cuidadores. Logo no início da relação de parceria foi

negociado o envolvimento de alguém que lhe fosse próximo. A Sra. E escolheu incluir o Sr. A e a Sra. B para acompanhar o processo.

Para a construção do plano de cuidados utilizou-se a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico ou problemas (13/11 a 24/11)	Finalidades de Enfermagem ou Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Resultados de Enfermagem ou Compromissos em parceria
Diminuição da força muscular no membro superior à esquerda.	Que a Sra. E consiga manter ou recuperar a força do membro.	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular à prática de exercícios com o membro afetado; • Reforçar a importância dos exercícios que são efetuados sob a supervisão da fisioterapeuta da equipa. 	17/11 e 24/11- Sra. E realiza alguns dos exercícios ensinados pela fisioterapeuta.
Equilíbrio corporal comprometido, manifestado por desequilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé.	Que a Sra. E consiga readquirir equilíbrio estático e dinâmico.	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza treino de equilíbrio com a fisioterapeuta 2x semana. • Incentivada a realizar os exercícios orientados pela fisioterapeuta. 	17/11 e 24/11- Sra. E realiza alguns dos exercícios ensinados pela fisioterapeuta.
Dor – Ligeira na anca esquerda.	Que a Sra. E apresente dor controlada.	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar a gestão da terapêutica analgésica; • Ensino de medidas não farmacológicas de controlo da dor, como a aplicação de calor; • Avaliação periódica da dor 	17/11 e 24/11 - Dor está controlada, sem dor nesta visita.
Alterações da mobilidade relacionadas com alterações do sistema músculo-esquelético, promovendo a autonomia.	Que a Sra. E se mobilize dentro das suas capacidades e alterne de posição frequentemente.	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a mobilização ativa dos membros superiores e inferiores enquanto permanece sentada na cadeira e sempre que não sentir dor; • Consciencializar os cuidadores da importância de manter a autonomia da Sra. E permitindo que ela faça aquilo que ainda consegue; 	<p>17/11- A Sra. E tem realizado mobilização ativa dos membros superiores e inferiores; dor está controlada, sem dor nesta visita.</p> <p>24/11- Os cuidadores estão sensibilizados para a questão da autonomia mas têm muito receio das quedas.</p>
Risco de elevado de queda, em utente a viver sozinha relacionado com: • História de queda recente;	Que a Sra. E não apresente episódios de queda.	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a importância da marcha em condições de segurança; • Elogiar o esforço efetuado; • Incentivar o uso adequado de calçado apropriado; 	17/11 - A Sra. E está renitente a aguardar apoio e/ou supervisão para realização da marcha no quintal;

Diagnóstico ou problemas (13/11 a 24/11)	Finalidades de Enfermagem ou Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Resultados de Enfermagem ou Compromissos em parceria
<ul style="list-style-type: none"> • Presença de diagnósticos secundários; • Utilização de auxiliador de marcha (andairilho); • Défice da marcha. 		<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar a utilização correta do andairilho na marcha e nas transferências • Negociar a eliminação dos objetos que possam impedir de se mobilizar com segurança, nomeadamente no corredor; • Avaliar periodicamente a marcha e o risco de queda; • Incentivar a ter sempre o telefone perto de si; • Solicitar o serviço de teleassistência, • Negociar o uso de fralda só durante a noite. 	<p>É também renitente à remoção de alguns objetos que impedem uma mobilização em segurança e recusa o uso de fralda. Optou-se por respeitar o tempo da Sra. E e gradualmente ir explicando os objetivos das intervenções propostas; Tem tido sempre o telefone por perto. Aguarda-se a entrega do aparelho da teleassistência por parte da Câmara;</p> <p>24/11- Sra. E retirou alguns dos objetos que constituíam obstáculos no acesso à cozinha e o quarto estava mais arrumado e está recetiva ao uso de fralda durante a noite.</p>
Integridade cutânea comprometida por presença de úlcera venosa no Membro Inferior Direito.	<p>Que se consiga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otimizar o bem-estar; • Melhorar ou curar a ferida; • Aliviar / controlar os sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o membro e a ferida; • Instituir o tratamento de acordo com o ME-ASURES (Baranoski e Ayello, 2010); • Ensinar à Sra. E sobre os posicionamentos de forma a melhorar o retorno venoso; • Reforçar a importância da terapia compressiva para melhorar o retorno venoso. 	<p>17/11 e 24/11- Ferida crónica sem grande evolução, mantém-se pouco exsudativa. Dimensão 5 cm x 4 cm. Penso primário com Aquacel Ag, protegidos bordos com vit. A. + óxido de zinco. Mantém-se aplicação de ligaduras de curta tração.</p>
Risco de violência, relacionado com presença de fatores de risco	<p>Que se consiga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar o mais precocemente os sinais de violência (financeira e negligência); • Atuar de forma preventiva sobre os fatores de risco. 	<p>Atuar nos fatores modificáveis, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar teleassistência; • Avaliar sobrecarga dos cuidadores; • Valorizar o papel dos cuidadores; • Desfasar as visitas da fisioterapeuta das visitas da enfermeira, aumentando o nº de visitas por semana; • Dar reforço positivo em relação ao que ainda consegue realizar; 	<p>17/11/2017 – Aguarda-se a entrega do aparelho da teleassistência por parte da Câmara;</p> <p>24/11/2017 – Avaliação da sobrecarga foi realizada à cuidadora Sra. B. que revelou sem sobrecarga. A Sra. E apesar de nem sempre estar satisfeita com as decisões dos seus cuidadores deseja colaborar com eles de forma a permanecer no seu lar o máximo de tempo possível.</p>

Diagnóstico ou problemas (13/11 a 24/11)	Finalidades de Enfermagem ou Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Resultados de Enfermagem ou Compromissos em parceria
Risco de violência, relacionado com presença de fatores de risco <i>(continuação)</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Elucidar os cuidadores da importância de manter a autonomia da Sra. E permitindo que ela faça aquilo que ainda consegue; • Informar sobre os recursos existentes na comunidade, nomeadamente informar sobre a possibilidade de frequentar um centro de dia ou ter apoio domiciliário para higiene • Apoiar a Sra. E no seu processo de tomada de decisão sobre o seu projeto de vida. 	Recusou as propostas porque sente bem apoiada.
Gestão da medicação inadequada, manifestada pela dificuldade em identifica-los e nomeá-los, desconhecimento dos seus efeitos.	Deve ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar e enumerar o nome dos medicamentos; • Conhecer a sua aparência; • Conhecer as suas ações terapêuticas; • Conhecer os efeitos secundários/interações medicamentosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar reforço positivo em relação ao que realizar bem (toma a medicação a horas); • Ensino sobre o regime terapêutico à Sra. E (explicação das suas ações terapêuticas); • Entrega do memorando para complementar a informação oral; • Identificação das interações medicamentosas; • Ensino sobre os sinais e sintomas que devem ser comunicados à equipa de saúde (presença de sinais e sintomas como tonturas, tonturas; fezes vermelhas ou pretas, tosse ou vômito com sangue vivo ou seco como se fosse borras de café; dor de cabeça severa, hematomas e fraqueza. 	13/11 - Articulou-se com o médico da equipa, para a revisão da terapêutica. 17/11 e 24/11 - Sra. E Solicita esclarecimentos sempre que necessita. Nega sinais e sintomas sugestivos de efeitos secundários/interações medicamentosas.

5. 5ª FASE: Assegurar ou assumir o controlo do cuidado de Si ou do Outro

Esta quinta fase caracteriza-se pelo assumir por parte da PI do “... controlo sobre o seu próprio projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar.” (Gomes, 2013, p. 103).

Os cuidados de enfermagem tiveram como objetivo preservar a autonomia da Sra. E, de forma a esta poder manter-se o máximo de tempo possível no seu lar.

No que se refere à relação com os cuidadores adotei, enquanto membro da equipa, uma posição de mediação, procurando também demonstrar compreensão para o facto de também eles estarem sujeitos a acontecimentos stressantes. Negociar com a Sra. E nem sempre era fácil. Simultaneamente realcei o papel que estes desempenhavam na vida da Sra. E, e procurei sensibilizá-los para a importância que desempenhava o manter a autonomia da Sra. E, pelo que eles deveriam permitir que ela fizesse aquilo que ainda conseguia (ação potencializadora do aumento da autoestima da Sra. E e preventiva da sobrecarga do cuidador).

Existiu a preocupação de, junto da Sra. E, identificar as dificuldades, para depois capacitá-la para que ela própria pudesse tomar as suas decisões. Essa capacitação passou pelo ponderar com a Sra. E o afastamento dos cuidadores, na fase em que a relação entre eles estava mais difícil, procurando que a Sra. E enumerasse os aspetos positivos e negativos desse afastamento e informando sobre os recursos existentes na comunidade que teria ao seu dispor. Procurei que o meu papel fosse o de apoiar a Sra. E no seu processo de tomada de decisão, respeitando as suas decisões. Nem sempre foi fácil respeitar as decisões da Sra. E e mantermo-nos imparciais. Para a equipa e particularmente para mim, seria mais fácil que a Sra. E aceitasse que estaria mais segura se ficasse numa instituição. Mas houve um esforço no sentido de ir ao encontro da necessidade e do projeto de vida e de saúde da Sra. E.

Foi com satisfação que verifiquei que a Sra. E conseguiu atingir alguns dos objetivos negociados. A Sra. E realizou os exercícios propostos pela fisioterapeuta com vontade, aceitou que a Sra. B retirasse alguns dos objetos que constituíam obstáculos no acesso à cozinha e permitiu que arrumassem o quarto, contribuindo para diminuir o risco de quedas. Tornou-se mais recetiva ao uso de fralda durante a noite, tendo sido negociado que a mesma seria colocada no início da noite e retirada no fim da mesma pela Sra. B.

Relativamente à questão de suspeita de exploração financeira não se detetaram evidências, mas sabemos que Sra. E fez doação dos seus bens aos seus cuidadores, com usufruto da própria, em vida. Num dia em que estava mais aborrecida, referiu ter “pouco apoio” e que “com certeza queriam é despachar-me para um lar”, mas depressa desculpou os cuidadores, referindo estarem muito ocupados e que ela não queria dar trabalho. Existe evidência possível de negligência, por história de queda com atraso de dias na procura de cuidados, e esquecimentos esporádicos na compra da medicação. Em Julho, posteriormente a um período de alguma instabilidade na relação entre Sra. E e os seus cuidadores, a equipa marcou uma conferência familiar. Nessa altura a Sra. E pôde exprimir o que desejava e os cuidadores renovaram o seu compromisso relativamente a cuidar da Sra. E. Atualmente os cuidadores continuam a reafirmar a sua disponibilidade para assegurar os cuidados à Sra. E. Como equipa adotamos como estratégia a monitorização da situação com visitas domiciliárias periódicas, em que intercalamos as visitas da fisioterapeuta com as da enfermeira, permitindo uma maior vigilância e um efeito dissuasor.

III. ANÁLISE E REFLEXÃO

A metodologia do estudo de caso permitiu a reflexão na ação, na medida que obrigou ao estudo sistematizado dentro de um contexto particular de cuidados, desenvolvendo-se um conhecimento mais profundo para uma intervenção personalizada. Esta estratégia de formação que permitiu mobilização do conhecimento teórico e prático e o consolidar dos conhecimentos adquiridos, através da sua aplicação na prestação de cuidados, após a análise de uma situação real (o contexto de vida da Sra. E).

Ancorada na ideia de que “qualquer que seja a circunstância do doente idoso, ele é um ser de ação, decisão e cuidado” (Gomes, 2013, p. 94), procurei na minha intervenção desenvolver uma relação de parceria, capacitando a Sra. E para o controlo do seu projeto de vida e de saúde, informando-a para que pudesse decidir qual o melhor caminho e assim conseguir gerir a sua situação (Gomes, 2009).

A aplicação do modelo de parceria de Gomes (2013) permitiu operacionalizar o processo de cuidados centrado na PI, através dos atributos inerentes a cada uma das suas fases e dos pressupostos necessários para a sua construção. Este modelo, constituído por cinco fases – revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro –, permitiu a compreensão da complexidade do fenómeno da violência através do encontro entre a pessoa que cuida e a pessoa que vive a doença, colocando a PI no centro dos cuidados (Gomes, 2013).

A elaboração deste estudo de caso permitiu-me tomar consciência da relevância da avaliação multidimensional da PI para assegurar a singularidade do processo de cuidados (Moraes et al., 2017) e a importância da escuta da narrativa da PI, bem como dos seus cuidadores. Contribuiu, também, para aprofundar e consolidar competências científicas, técnicas e relacionais relacionadas com cuidado à PI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baranoski, Sharon (2006). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas: Princípios Práticos*. Loures: Lusodidacta.
- Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS (2007). *Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde. Acedido em: 24/10/2017. Disponível em: http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdc/15dejunho/caderno_violencia_idoso_atualizado_19jun.pdf.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 249-273. Acedido em: 30/04/2017. Disponível em: <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2391>.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª edição) Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em: 22-01-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- Dong, X. (2017). Prologue. In X. Dong (Ed.), *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (pp. vii- xiv). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.
- Easter, A, (2000). Construct analysis of four modes of being present. *Journal of Holistic Nursing*, 18 (4), 362-377. **Doi:** 10.1177/089801010001800407.
- Espíndola, C. & Blay, S. (2007). Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 41, 301-306. **Doi:** [10.1590/S0034-89102007000200020](https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000200020).
- Gil, A. P., (Ed.) (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido em: 22-01-2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/1955>.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. (Tese de doutoramento). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/22090>.
- Gomes, I. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp. 77-113). Loures: Lusociência.

- Henriques, A. (2013). A Gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp. 115-174). Loures: Lusociência.
- Hullick, C., Carpenter, C., Critchlow, R., Burkett, E., Arendts, G., Nagaraj, G. & Rosen, T. (2017). Abuse of the older person: Is this the case you missed last shift? *Emergency Medicine Australasia*, 29(2), 223-228. **Doi:** 10.1111/1742-6723.12756.
- Medscape. Drug Interaction Checker (2017). Acedido em: 12/12/2017. Disponível em: <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>.
- Martinho, A. S. S. (2016). *Maus-Tratos de Idosos: Artigo de Revisão* (Tese de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/33369>.
- McCormack, B., McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. **Doi:** 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Moraes, E. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In A. M. C. Coimbra & A. P. A. Borges (Org.), *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* (pp.151-175). Rio de Janeiro: EAD/Ensp. Acedido em: 21/11/2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/444168/mod_resource/content/1/Envelhecimento_e_saude_da_pessoa_idosa.pdf.
- Moraes, E. (2012). *Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em: 21/03/2017. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Moraes, E., Pereira, A., Azevedo, R. & Moraes, F. (2017). *Avaliação Multidimensional do Idoso*. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Acedido em: 28/10/2017. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apostila_Idoso241017.pdf.
- Phelan, A. (2010). Elder Abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478. **Doi:** 10.12968/bjcn.2010.15.10.78727.
- Podnieks, E. & Thomas, C. (2017). The Consequences of Elder Abuse. In X. Dong (Ed.), *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (pp.109-123). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.

- Price, B. (2013). Using narratives and discourses in neglect-prevention training. *Nursing Management*, 20 (3), 28-35. **Doi:** 10.7748/nm2013.06.20.3.28.e1071.
- Santos, A., Nicolau, R., Fernandes, A. & Gil, A. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas [online]*, 72, 53-77. **Doi:**10.7458/SPP2013722618.
- Siquenique, S. (2015). *Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo. Domínios e Instrumentos de Avaliação* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/11119>.
- Sousa, F., Figueiredo, M., Erdmann, A. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 11(1), 60-63. Acedido em: 06/04/2017. Disponível em <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/341/253>.
- Wendt, N. & Crepaldi, M. (2008). A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310. **Doi:** 10.1590/S0102-79722008000200016.

ANEXOS

Anexo I

Avaliação do estado nutricional (triagem): Mini Nutritional Asseessment

Anexo II
Avaliação da dor:
Escala Qualitativa de Dor

Escala Qualitativa da DOR

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" ou "Dor Máxima". Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

Fonte: Direção-Geral da Saúde (2003)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2003). *Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 10/11/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

Anexo III
Avaliação das atividades básicas de vida diária:
Índice de Katz

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se; Pontos: <u>0</u>	(1 ponto) Toma banho completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se; Pontos: <u>0</u>	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para apertar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir à casa de banho; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao WC, limpar-se ou usa urinol ou arrastadeira
Transferência; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. São aceitáveis equipamentos mecânicos de ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência; Pontos: <u>0</u>	(1 ponto) Tem completo controle sobre a eliminação (intestinal ou vesical)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente a nível intestinal ou vesical
Alimentação; Pontos: <u>1</u>	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral
Total de Pontos = <u>3</u> 6 = Independente; 4 = Dependência moderada; 2 ou menos = Muito dependente		

Fonte: Apóstolo, 2011.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Anexo IV

**Avaliação das atividades instrumentais de vida diária:
Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007)**

Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007).

Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	E incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	E incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Fonte: Apóstolo, 2011.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Anexo V
Avaliação de quedas:
Escala de Morse

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS DE MORSE

		Pontos	Score
• História de Quedas nos últimos 3 meses	Não	0	
	Sim	25	25
• Diagnóstico Secundário	Não	0	
	Sim	15	15
• Ajuda na Mobilização Acamado/Repouso no leito Bengala/Andarilho/Canadiana Aparelho/Equipamento			
		0	
		15	15
		30	
• Terapia Endovenosa	Não	0	0
	Sim	20	
• Marcha Normal/Acamado/Cadeira de Rodas Lenta Alterada/Cambaleante			
		0	
		10	
		20	20
• Estado Mental Orientado Desorientado/Confuso			
		0	0
		15	
		TOTAL	75

BIBLIOGRAFIA

- Barbosa, P. Carvalho, L. & Sandra Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em: 12/05/2017. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf
- Costa-Dias, M. J. M. & Ferreira, P. L. (2014). Escalas de avaliação de risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV(2), 153-161. Doi: 10.12707/RIII12145.

Anexo VI

Avaliação de risco de úlceras por pressão:

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO					
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de percepção significativa de desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se mexe nem se agita a nada) devido a um nível reduzido da consciência ou à sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoração, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	3
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtos períodos, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Andar frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	3
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou as extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	3
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente uma total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	3
Fricção e forças de cisalhamento	1. Problemas: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslocar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espetro delesões cutâneas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		2
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total
					18

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988.
Versão Portuguesa 2001. Carlos Mergato, Cristina Mergato, João Gomes, Lúcia Pereira
Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Fonte: Direção Geral da Saúde, 2011

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação n.º 017/2011 de 19/05/2011. Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 10/11/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?cr=20377>.

Anexo VII

Avaliação cognitiva:

Avaliação Breve do Estado Mental

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos?...../.....1
Em que mês estamos?...../.....0
Em que dia do mês estamos?...../.....0
Em que dia da semana estamos?...../.....0
Em que estação do ano estamos?...../.....0
Em que país estamos?...../.....1
Em que distrito vive?...../.....1
Em que terra vive?...../.....1
Em que casa estamos?...../.....1
Em que andar estamos?...../.....1

Nota: 6

2. Retenção (contar um ponto por cada palavra correctamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.”

Pêra

Gato

Bola

Nota: 3

3. Atenção e cálculo (um ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair..., consideram-se as seguintes como correctas. Para ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar”

30__27__24__21__18__15__

Nota: 1

4. Evocação (um ponto por cada resposta correcta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar”

Pêra

Gato

Bola

Nota: 3

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto" Mostrar os objectos:

Relógio

Lápis

Nota: 2

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: 1

c. "Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: 3

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos

Nota: 1

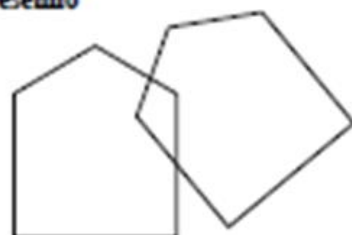
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: 0

6. **Habilidade construtiva** (um ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho



Cópia

Nota: 0

Total: 20

Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins (2009) citado por Apóstolo (2011) propõem os seguintes valores operacionais de "corte" da Avaliação Breve do Estado Mental para a população portuguesa atual:

Escolaridade	Pontuação
0 - 2 anos	22
3-6 anos	24
Igual ou superior a 7 anos	27

Fonte: Apóstolo, 2011.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Anexo VIII
Avaliação de depressão:
Escala de Depressão Geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica-15

Itens	Sim	Não
1. De uma forma geral, está satisfeito(a) com a sua vida?	0	
2. Abandonou muitas das suas atividades e interesses?		0
3. Sente que a sua vida está vazia?		0
4. Anda muitas vezes aborrecido?		0
5. Está bem-disposto/bem-humorado a maior parte do tempo?	0	
6. Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa?	1	
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	
8. Sente-se desamparado?	1	
9. Prefere ficar em casa/instituição em vez de sair?	1	
10. Sente que tem mais problemas de memória do que antes?		0
11. Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?		1
12. Sente-se inútil nas condições atuais?		0
13. Sente-se cheio de energia?		1
14. Sente que a sua situação é desesperada?		0
15. Acha que a maioria das pessoas está melhor do que você?		0

Total= 5 pontos

Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

Fonte: Siquenique, 2015

Trata-se de uma escala com duas formas de resposta. 1 ponto para “sim”; 0 pontos para “não”, com exceção dos itens 1, 5, 7, 11, 13 em que o “não” vale 1 ponto, consoante o modo como a pessoa idosa se tem sentido ultimamente, especialmente na semana anterior (Siquenique, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Siquenique, S. (2015). *Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo. Domínios e Instrumentos de Avaliação*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/11119>.

Anexo IX

Avaliação da sobrecarga do cuidador: Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

(SEQUEIRA, 2007, 2010)

N.º	ITEM	NUNCA	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	MUITAS VEZES	QUASE SEMPRE
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	X				
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?			X		
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?		X			
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	X				
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?		X			
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	X				
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?			X		
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?			X		
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	X				
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	X				
11	Considera que não tem uma vida privada como desejava devido ao seu familiar?	X				
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	X				
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	X				
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					X
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	X				
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	X				
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	X				
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	X				
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			X		
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	X				
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	X				

Este instrumento avalia:

- A prestação de cuidados diretos, em 11 itens – 1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 22.
- A relação Interpessoal entre o cuidador e a pessoa alvo de cuidados, em 5 itens – 4, 5, 16, 18, 19.
- As expectativas do cuidador face ao cuidar em, 4 itens – 7, 8, 14, 15.
- A perceção de autoeficácia, em 2 itens – 20, 21.

Pontuação de acordo as respostas:

- Nunca – 1
- Quase nunca – 2
- Às vezes – 3
- Muitas vezes – 4
- Quase sempre – 5 (Sequeira, 2010).

O score global varia entre 22 e 110:

- Inferior a 46 – Sem sobrecarga;
- Entre 46 e 56 – Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 – Sobrecarga intensa (Sequeira, 2010).

Este instrumento foi aplicado à Sra. B. Teve um score de **36**, o que corresponde a **sem sobrecarga**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sequeira, C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.

APÊNDICES

Apêndice I
Identificação dos fatores de risco para violência

IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

NOME: Sra. E.

DATA: 17/11/2017

NÍVEL	FATORES DE RISCO	PRESENTE	AUSENTE
Vítima (Individual)	Gênero: mulher – Potencial	X	
	Idade: mais de 74 anos – Potencial	X	
	Dependência física ou cognitiva – Forte	X	
	Distúrbios mentais: Depressão – Forte		X
	Agressão e comportamento desafiador pela vítima		X (?)
Agressor (Individual)	Gênero: Homens - violência física Mulheres - negligência		Vizinha Sra. B
	Distúrbios mentais: depressão – Forte		X
	Hábitos aditivos: álcool e drogas- Forte		X
	Hostilidade e agressão		X
	Problemas financeiros		X
	Stress: sobrecarga do cuidador		X
Relação	Dependência financeira do agressor – Forte		X
	Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor		X
	Transmissão intergeracional		X
	Relacionamento difícil de longa duração - Potencial		X
	Parentesco: filhos ou parceiros – Potencial		X
	Coabitação		X
Comunidade	Isolamento social – Potencial	X	
	Falta de suporte social	X	

Fonte: Adaptado de World Health Organization Regional Office for Europe (2011) e Pillemer, et al. (2016).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. & Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 59 (S2), S194-S205. **Doi:** 10.1093/geront/gnw004.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Acedido em: 10/05/2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthyageing/publications/2011/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>.

Apêndice XXIV:
Identificação dos fatores na população idosa
acompanhada pela ECCI/ECSCP

IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA ACOMPANHADA PELA ECCI/ECSCP

Os fatores de risco foram definidos por Chen & Dong (2017) como atributos, características ou exposição que podem aumentar a probabilidade de uma pessoa idosa (PI) sofrer atos violentos ou aumentar a probabilidade de um agressor ter comportamentos violentos. Estes autores referem que as evidências científicas relativas a correlação entre a presença de fatores de risco e a ocorrência de violência nas pessoas idosas ainda não estão bem estabelecidas, devido essencialmente a inconsistentes metodologias dos estudos, dificuldades na recolha de dados dos agressores, bem como devido ao insuficiente conhecimento sobre os fatores de risco nos diferentes grupos culturais e étnicos. Os mesmos atribuem especial relevância ao conhecimento das características dos agressores, bem como ao relacionamento entre estes e as vítimas, pois consideram que os agressores desempenham um papel substancial para a ocorrência da violência na PI.

Em 2011, o Relatório Europeu sobre a Prevenção dos Maus-tratos à PI (WHO, 2011) colocou em evidência os principais fatores de risco associados à violência à PI. Progressivamente têm sido desenvolvidos estudos que têm procurado demonstrar a relação entre a presença de determinados fatores de risco e a ocorrência do fenómeno de violência (Gil, 2014; Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016).

Nos últimos anos, o desenvolvimento de programas de prevenção têm sido baseados na compreensão destes fatores (Pillemer et al., 2016), pelo que se considerou pertinente identificar os principais fatores de risco identificados na população com mais de 65 anos acompanhada pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)/Equipa de Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Para tal teve-se em conta o modelo ecológico com enfoque nos diferentes níveis de intervenção – individual (vítima e agressor), relacionamento, comunidade e sociedade –, que estão associados ao risco de violência na PI.

Dos 65 utentes acompanhados pela equipa durante o período de 13 de Novembro a 08 de dezembro de 2017, 43 utentes tinham mais de 65 anos, o que corresponde a 66% dos utentes da ECCI/ECSCP. A tabela seguinte mostra os dados recolhidos.

Tabela 1. Caracterização da população com 65 ou mais anos acompanhada pela ECCI/ECSCP, tendo em conta a presença de fatores de risco para violência na PI, no período de 13/11/2017 a 08/12/2017.

NÍVEL	FATORES DE RISCO	PRESENTE	AUSENTE
Vítima (Individual)	Género: mulher – Potencial	28 (65,12%)	15 (34,88%)
	Idade: mais de 74 anos – Potencial	20 (46,51%)	23 (53,49%)
	Dependência física ou cognitiva – Forte	30 (69,77%)	13 (30,23%)
	Distúrbios mentais: Depressão – Forte	14 (32,56%)	29 (67,44%)
	Agressão e comportamento desafiador pela vítima	3 (6,98%)	40 (93,02%)
Agressor (Individual)	Género: Homens – violência física Mulheres – negligência	1 (mulher - com comportamentos sugestivos de negligência 2,33%)	42 (97,67%)
	Distúrbios mentais: depressão – Forte	3 (6,98%)	40 (93,02%)
	Hábitos aditivos: álcool e drogas – Forte	1 (2,33%)	42 (97,67%)
	Hostilidade e agressão	0 (0%)	43 (100%)
	Problemas financeiros	3 (6,98%)	40 (93,02%)
	Stress: sobrecarga do cuidador	8 (18,60%)	35 (81,39%)
Relação	Dependência financeira do agressor – Forte	4 (9,30%)	39 (90,70%)
	Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor	3 (6,98%)	40 (93,02%)
	Transmissão intergeracional	0	43 (100%)
	Relacionamento difícil de longa duração- Potencial	5 (11,63%)	38 (88,37%)
	Parentesco: filhos ou parceiros – Potencial	Filhos – 13 (30,23%) Parceiros – 17 (39,53%) Nora – 2 (4,65%) Irmã – 1 (2,33%)	Cuidadores privados – 6 (13,95%) Sem cuidadores – 4 (9,30%)
	Coabitação	30 (69,77%)	13 (30,23%)

NÍVEL	FATORES DE RISCO	PRESENTE	AUSENTE
Comunidade	Isolamento social – Potencial	12 (27,91%)	31 (72,09%)
	Falta de suporte social	7 (16,28%)	36 (83,72%)
Sociedade	Discriminação pela idade	0	43 (100%)
	Outras formas de discriminação: racismo e sexismo	0	43(100%)
	Fatores económicos e sociais	0	43
	Cultura violenta	0	43

1. Fatores de risco de nível individual – Pessoa Idosa

Da análise dos resultados obtidos podemos verificar que mais de metade da população com 65 ou mais anos é do género **feminino** (65,12%). Estes dados poderiam ser explicados pelo facto de termos uma população idosa maioritariamente feminina a nível nacional (Instituto Nacional de Estatística, 2011). No entanto, é importante ter-se em conta que o estado de saúde é geralmente mais precário na mulher, marcado pela presença de doenças crónicas e por crescentes níveis de incapacidade, suscetíveis de gerar dependência multidimensional, o que contribui de forma significativa para a sua vulnerabilidade acrescida (Cruz Vermelha Austríaca, 2007; Chen & Dong (2017).

No estudo sobre as vítimas de violência em Portugal, 76,1% eram mulheres (Gil, 2014). Apesar das prevalências relativamente ao género da vítima variarem de acordo com as diferentes tipologias de violência¹, conforme demonstram os estudos citados no Relatório Europeu para a Prevenção dos Maus-Tratos à Pessoa Idosa (WHO, 2011), as mulheres representam um maior potencial de vulnerabilidade de serem vítimas comparativamente aos homens, no âmbito de relacionamentos familiares, íntimos ou até institucionais (Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013; DGS, 2016).

A Organização Mundial de Saúde no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015) acrescenta que no passado, o papel de cuidadoras desempenhado pelas mulheres restringiu a sua participação no trabalho remunerado conduzindo a consequências negativas como: maior risco de pobreza; acesso reduzido às

¹ O estudo ABUEL (Soares et al., 2010) revelou que os homens mais do que as mulheres eram vítimas de violência financeira e as mulheres mais do que os homens, foram vítimas de violência sexual.

pensões; menor acesso aos serviços de saúde e de assistência social; maior risco de violência e de problemas de saúde.

Da amostra de 65 utentes acompanhados pela equipa, 46,51% tinham **mais de 74 anos**. De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2011) o risco de violência aumenta com a idade. O estudo realizado em Portugal (Gil, 2014) revela que nos indivíduos com idade superior a 76 anos, o risco de se ser vítima aumentou 10% por cada ano de idade.

Dos idosos acompanhados pela equipa, 69,77% possui **dependência física ou cognitiva** e 32,56% possuíam **distúrbios mentais**. A presença de dependência física ou cognitiva, ou de distúrbios mentais está identificada como sendo um fator de risco com forte evidência² (Pillemer et al., 2016). De acordo com a literatura, as pessoas idosas com comprometimento cognitivo, como a doença de Alzheimer e outras formas de demência, foram descritas como apresentando uma maior prevalência de violência do que a população em geral (WHO, 2011). O risco aumentado nestas pessoas está associado à sua incapacidade de denunciar a situação (Olson & Hoggund, 2014). Fatores como as mudanças na expectativa por parte dos cuidadores, ignorância dos efeitos de uma doença na cognição, são fatores que podem contribuir para o aumento do risco de ser vítima (Dias, 2005; WHO, 2011).

O estudo populacional sobre a violência realizado em Portugal revelou que o risco de se ser vítima de violência nas pessoas que necessitam de ajuda nas atividades de vida diária (AVD) foi o dobro do apresentado pelas pessoas independentes (Gil, 2014). A maior prevalência da incapacidade severa que obriga a dependência de terceiros, ocorre nos indivíduos com mais de 75 anos, e em maior proporção nas mulheres (Gil, 2010).

2. Fatores de risco ao nível individual – Cuidador

Relativamente aos cuidadores 6,98% sofriam de depressão. A **presença de doença mental** é um fator de risco com forte força evidência (WHO, 2011; Pillemer et al., 2016; Chen & Dong 2017). Um estudo sobre os homicídios de PI cometidas por familiares entre 2005 e 2007, realizado em Espanha, constatou que 54% dos agressores tinham algum tipo de transtorno mental, sendo o mais comum de entre os transtornos afetivos a depressão, e ao nível dos transtornos psíquicos, a esquizofrenia (WHO, 2011 citando Iborra, Sanmartín & López, sem data).

² Pillemer et al. (2016) considerou como sendo fatores de risco com forte força de evidência os validados por vários estudos que têm apoio unânime ou quase unânime.

Os **hábitos aditivos de álcool e drogas** é um fator de risco identificado na literatura como de forte evidência (WHO, 2011; Pillemer et al., 2016). Nesta amostra 2,33% dos cuidadores possuía hábitos aditivos.

A situação de dependência muitas vezes obriga a uma inversão dos papéis que pode ser geradora de **sobrecarga para o cuidador**. À medida que os custos desta relação aumentam e diminuem as gratificações e recompensas, a situação pode passar a ser percebida como injusta, originando tensões que podem precipitar a ocorrência de violência sobre a PI (Steinmetz, 1983 citado por Dias, 2009). Na nossa amostra 18,60% dos cuidadores demonstravam sinais de sobrecarga.

3. Fatores de risco ao nível do relacionamento – Pessoa idosa/cuidadores

É inegável que a dependência desempenha um papel importante na prática de violência contra as PI, no entanto nem sempre é claro quem é dependente de quem e muitas vezes ela é mútua. **A dependência do cuidador face à PI** faz-se sentir, por exemplo, ao nível do apoio financeiro, transportes, habitação, alimentação, entre outros domínios (Dias, 2005).

Na nossa amostra existia dependência financeira do cuidador face à PI em 9,30% das situações e uma dependência emocional e habitacional da PI em relação ao cuidador em 6,98% da amostra. O mesmo autor refere que as mulheres idosas estão particularmente mais sujeitas a relações com trocas desequilibradas, geralmente dão mais, em termos dos apoios citados, do que o que recebem sob a forma de cuidados e atenção. Neste sentido, a violência sobre a PI é praticada com base na percepção, por parte dos agressores, de que a PI é desprovida de poder (Dias, 2005).

Tanto os estudos nacionais como os internacionais identificam os familiares diretos como os **principais agressores**, particularmente os cônjuges/companheiros e filhos. Habitualmente a violência física e sexual é exercida sobretudo pelos companheiros do género masculino, sendo a violência financeira geralmente cometida pelos filhos e outros familiares (Gil, 2014). Na nossa amostra foram identificadas as relações de parentesco dos principais cuidadores: 30,23% eram filhos; 39,53% eram Parceiros; 4,65% eram noras e 2,33% eram irmãs.

Relativamente à **coabitação**, ela está presente em 69,77% dos utentes. No estudo sobre as vítimas em Portugal (Gil, 2014) a coabitação surge como fator associado a polivitimização, evidenciando uma possibilidade acrescida de ser vítima. A WHO (2011) refere que a interação diária com a partilha dos espaços com o agressor pode aumentar a oportunidade para encontros violentos.

4. Fatores de risco ao nível da comunidade

O **isolamento social e/ou o baixo nível de apoio social** foram identificados como sendo um importante componente na incidência de violência sobre a PI (Fulmer & Caceres, 2016), apesar de serem considerado como um fator com nível de evidência potencial³ (Pillemer et al., 2016). Na nossa amostra 27,91% das PI apresentava isolamento social e 16,28% com falta de suporte social. De acordo com Acierno et al. (2010), quando controlados para todos os outros fatores, a falta de suporte social triplica o risco de ocorrência de qualquer tipo de violência sobre a PI.

Por último importa referir que Crenshaw (1991) e Garcia (2015) citados por Fernandes & Carvalhas (2016) referem que quando na mesma pessoa coexistem desigualdades múltiplas como a idade, género, pobreza, e etnia, eles assumem um efeito multiplicador e não meramente somatório. Nestes casos as múltiplas desvantagens interagem com as vulnerabilidades pré-existentes produzindo uma dimensão mais profunda de desempoderamento.

5. Síntese

Com este trabalho pretendeu-se caraterizar a população idosa servida pela ECCI/ECSCP em termos de presença dos fatores de risco de violência contra a PI. Considero este exercício relevante por ter permitido uma reflexão pessoal sobre o impacto dos fatores de risco na ocorrência da violência sobre a PI e, por outro lado, possibilitou sensibilizar os enfermeiros gestores de caso para a necessidade da identificação desses fatores nas PI que acompanham.

A identificação dos fatores de risco é central na intervenção preventiva deste complexo fenómeno (Johannesen & LoGiudice, 2013). Face à relação de proximidade que detêm, os enfermeiros gestores de caso encontram-se em posição privilegiada para identificar situações de alto risco para a ocorrência da violência sobre a PI, sendo importante estarem sensibilizados para avaliar a presença dos referidos fatores de risco.

³ São considerados fatores de risco com força de evidência potencial aqueles para os quais a evidência é pouco clara ou limitada (Pillemer et al., 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acierno, R., Hernandez, M., Amstadter, A., Resnick, H., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100(2), 292–297. **Doi:** 10.2105/AJPH.2009.163089.
- Caceres, B. & Fulmer, T. (2016). Mistreatment Detection. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, D. Zwicker (Edit.). *Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice* (5th ed., pp. 179-194). New York: Springer Publishing Company.
- Chen, R. & Dong, X. (2017). Risk Factors of Elder Abuse. In X. Dong. *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (pp. 93-105). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.
- Cruz Vermelha Austríaca (2007). *Breaking the taboo: violência contra mulheres idosas em contexto familiar: reconhecer e agir* (2007). Wien : Edição Heloísa Perista e Isabel Baptista. Acedido em: 04/06/2017. Disponível em: https://www.cig.gov.pt/siic/wpcontent/uploads/2015/02/Broschuere_pt_web.pdf.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 249-273. **Acedido em:** 30/04/2017. Disponível em: <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2391>.
- Dias, I. (2009). *Os Maus-Tratos aos Idosos: Abordagem Conceptual e Intervenção Social – Sumário Pormenorizado da Lição*. Provas Públicas de Agregação em Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Acedido em: 22/03/2017. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17982/2/sumariodalicao000078852.pdf>.
- Fernandes, D. & Carvalhas, N. (2016). Crimes Contra a Liberdade e Integridade Pessoal. Crimes Cometidos Contra Idosos. In L. S. Pereira, J. P. R. Albuquerque & J. M. V. M. D. Duarte (org.). *Trabalhos temáticos de direito e processo penal* (pp. 19-106). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.
- Gil, A. P. (2010). *Heróis do Quotidiano. Dinâmicas Familiares na Dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gil, A. P., (Ed.) (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido em: 22/01/2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/1955>.

- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011: Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido em: 14/10/2018. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2
- Johannesen M. & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42, 292-298. **Doi:** 10.1093/ageing/afs195.
- Olson, J. & Hoglund, B. (2014). Elder Abuse: Speak Out for Justice. *Journal of Christian Nursing*, 31(1), 14 – 21. **Doi:** 10.1097/CNJ.0000000000000028.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. & Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 59 (S2), S194-S205. **Doi:** 10.1093/geront/gnw004.
- Santos, A., Nicolau, R., Fernandes, A. & Gil, A. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas [online]*, 72, 53-77. **Doi:**10.7458/SPP2013722618.
- Soares, J., Barros, H., Torres-Gonzales, F., Loannidi-Kapolou, E., Lamura, G., Jindert, J.,... Stankunas, M. (2010). *Abuse and health among elderly in Europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Science Press. Acedido em: 12/04/2017. Disponível em: https://hiq.se/download/18.3984f2ed12e6a7b4c3580003555/1353629590366/A_BUEL.pdf.
- World Health Organization (2015). Relatório Mundial de envelhecimento e saúde. Acedido em: 12/06/2017. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
- World Health Organization Regional Office for Europe (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Acedido 10/05/2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthyageing/publications/2011/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>.

Apêndice XXV:
Reflexão sobre a avaliação multidimensional
em contexto de urgência

DIÁRIO DE CAMPO: REFLEXÃO SOBRE A AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

As pessoas idosas (PI) são um grupo populacional cuja situação clínica exige uma especial atenção dos profissionais de saúde, uma vez que, de uma forma geral, apresentam mais incapacidades e maior fragilidade¹ (Azeredo, 2014). Os serviços de urgência (SU) são os locais onde mais frequentemente as PI recorrem em situações de doença aguda ou crónica agudizada (Crouch, 2012; Naunheim, Covassin, Jacquin, Hanley & Michelson, 2018), se bem que o que é urgente para a PI e/ou o cuidador, pode não o ser para o profissional de saúde (Azeredo, 2014). Um estudo realizado por Tavares (2012), revelou que as pessoas com mais de 74 anos foram as mais representativas na admissão no SU de um hospital central, reflexo do envelhecimento demográfico.

De uma forma geral, os problemas das PI são habitualmente de natureza multidimensional. A sua condição de fragilidade caracterizada pelas comorbilidades, os compromissos ao nível cognitivo e funcional, as situações sociais complexas e a sintomatologia subtil e atípica, dificultam o diagnóstico, o tratamento e a alta (Tavares 2012) contribuindo para um maior risco de efeitos adversos (Samaras, Chevalley, Samaras & Gold, 2010; Tavares, Sá-Couto, Boltz & Capezuti, 2017a). Importa, no entanto, referir que o simples facto de ser PI não é critério para identificar como tendo risco acrescido de resultados adversos (Alonso et al., 2018), pois nem todas as PI são frágeis e vulneráveis (Crouch, 2012).

Em algumas situações o comprometimento das atividades da vida diária pode ser o reflexo da presença de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometem direta ou indiretamente as quatro grandes funções: **cognição, humor, mobilidade e comunicação**, de forma isolada ou associada. Assim sendo, a presença do declínio funcional² nunca deve ser imputada ao envelhecimento primário, deve antes ser investigada, pois pode representar um sinal precoce de doença ou

¹ O conceito de fragilidade está associado a um risco aumentado de eventos adversos em saúde, que incluem as quedas, dependência, a recuperação difícil de doença, institucionalização, hospitalização e mortalidade (Gruner, Antunes, Magalhães & Castro, 2014).

² O conceito de declínio funcional diz respeito à diminuição da capacidade para desempenhar tarefas de vida diárias, devido à redução da funcionalidade física e/ou cognitiva (Graf, Zekry, Gianneli, Michel & Chevalley, 2010). Inicia-se habitualmente por atividades mais complexas, como tomar banho, e progride hierarquicamente até chegar ao nível de dependência completa, necessitando a pessoa de ajuda total para se alimentar (Moraes, 2012).

conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais ou sintomas típicos, doenças que, na maioria das vezes são total ou parcialmente reversíveis (Moraes, 2012).

Os SU são locais onde se pretende uma rápida triagem, tratamento e encaminhamento, o que não permite um conhecimento amplo e aprofundado dos problemas que afetam as PI, fomentando as readmissões e o aparecimento de situações iatrogénicas³ (Azeredo, 2014). A permanência de uma PI no SU representa sempre uma ameaça, não só relacionada com a incerteza do diagnóstico como também pelo ambiente desconhecido, stressante e agressivo (Azeredo, 2014). Nesta perspetiva, Nolan (2009) acrescenta que os elevados tempos de espera, a permanência prolongada em macas duras e o ruído intenso podem representar um risco aumentado para a PI.

É importante, por isso, não só reduzir o tempo de permanência nos SU mas também identificar corretamente os problemas e elaborar um plano de cuidados individualizado, de forma a responder mais adequadamente aos problemas das PI, reduzindo assim também as readmissões. É consensual que esta avaliação e a gestão dos casos devem ser efetuadas por equipas multidisciplinares, atendendo ao carácter multidimensional dos problemas das PI (Beauchet, Launay, Fantino, Lerolle, Maunoury, & Annweiler, 2013; Ermida, 2014).

Moraes (2012) refere que a avaliação da funcionalidade global, através das atividades de vida diária básicas, instrumentais e avançadas, deve ser o ponto de partida de toda a abordagem geriátrica. O principal sintoma a ser investigado deve ser a presença de declínio funcional. Em seguida, recomenda-se a avaliação dos sistemas funcionais principais, representados pela **cognição, humor, mobilidade e comunicação**.

A avaliação multidimensional, embora necessária e recomendada para este grupo populacional, é demorada (Graf, Zekry, Giannelli, Michel & Chevallley, 2011) e por isso considerada por alguns autores como estando fora do âmbito dos SU (McCusker, Dendukuri, Tousignant, Verdon, Courval, & Belzile, 2003). **Mas como pode ser possível realizar uma avaliação multidimensional à PI num contexto como o do SU?** Esta foi uma das questões que surgiu durante o estágio no SU e que foi objeto de pesquisa e de reflexão.

³ Moraes (2012, p. 14) refere que “a iatrogenia traduz os malefícios causados pelos profissionais da área de saúde e pelo sistema de saúde despreparado para dar uma resposta adequada aos problemas de saúde do idoso”.

De acordo com a literatura (Samaras et al., 2010, Alonso et al., 2018) a avaliação multidimensional deve ser reservada para pessoas com um risco mais elevado de declínio funcional e ocorrência de outros efeitos adversos em saúde. Estes autores propõem a implementação de uma triagem breve realizada a todas as PI através da utilização de instrumentos que permitam a identificação deste grupo de pessoas. McCusker et al. (2003) e Graf et al. (2011) propõem uma abordagem realizada em duas etapas distintas: uma primeira fase, com a identificação das PI com risco elevado de efeitos adversos, que pode ser realizada através da aplicação do instrumento *Identification of Seniors At Risk* (ISAR), ou outros como o *Score Hospitalier d'Evaluation du Risque de Perte d'Autonomie* (SHERPA), ou o *Triage Risk Stratification Tool* (TRST) (Graf et al., 2010); e uma segunda, em que se exploram de forma mais abrangente as dimensões alteradas.

A **ISAR**, não sendo um instrumento de diagnóstico (Coutinho, 2014), permite a identificação e intervenção precoce das PI em risco de declínio funcional, quer no hospital quer na comunidade, possibilitando uma redução efetiva na frequência dos efeitos adversos em saúde, até seis meses seguintes à admissão no SU, e diminuição dos custos a ela associados (McCusker et al., 2003, Tavares et al., 2017a). É um instrumento breve, de fácil aplicação, traduzido, adaptado (Tavares, 2012) e validado para a população portuguesa com a designação de *Identificação da Pessoa Idosa de Risco* – IPIR (Tavares et al., 2017a). Este instrumento foi também considerado como preditor de tempo de permanência no SU e de readmissão, considerando que as PI com elevado risco permanecem mais tempo do que as que têm menos risco (Savi et al, 2009 citado por Tavares, 2012; Tavares et al., 2017a) e têm mais probabilidade de regressar ao SU do que as de baixo risco (McCusker et al., 2003).

O instrumento apresenta um score de 0 a 6. Pode ser realizado em 2 minutos ou integrado na avaliação geral do enfermeiro (Graf et al., 2011). É constituído por seis itens que avaliam os seguintes domínios: dependência no domicílio, aumento da dependência, história de hospitalização recente, alterações visuais e de memória e polimedicação (> 3 medicamentos). Estudos demonstraram que o ponto de corte de ≥ 2 na escala ISAR apresentou maior sensibilidade, ao detetar PI com alto risco de efeitos adversos (Tavares, 2012; Coutinho, 2014; Tavares et al., 2017b), sendo este grupo considerado como o grupo de pessoas que poderiam alcançar maiores benefícios com uma avaliação geriátrica mais abrangente (Alonso, 2018). Por outro lado, foi também considerado um valor altamente sensível para incluir a maioria das PI num programa de prevenção (Salvi et al., 2012).

A **segunda fase** consiste numa avaliação multidimensional das PI identificadas na primeira fase. Esta avaliação permite muitas vezes revelar problemas que até então eram atribuídos ao processo de envelhecimento primário e, portanto, não abordados de forma adequada. É um processo global e amplo que envolve a PI e a família, e que tem como principal objetivo a definição de um diagnóstico multidimensional e de um plano de cuidados (Moraes, 2012; Ermida, 2014).

Embora não haja consenso relativamente aos instrumentos a utilizar, Graf et al. (2011), na sua revisão da literatura, analisaram alguns instrumentos de avaliação de rápida aplicação validados em contexto de SU, que permitiam a avaliação do estado cognitivo e funcional, apoio social, utilização de recursos e declaração de polifarmácia em contexto de SU, com um dispêndio de cerca de 25 minutos no total:

- **Avaliação do delírio** – O *Confusion Assessment Method* (CAM) contém 4 dimensões (presença de início agudo e curso flutuante; distração /desatenção; pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência). É o instrumento mais utilizado para diagnosticar delírio, com excelente desempenho. Tempo de aplicação inferior a 5 minutos;

- **Avaliação cognitiva** – O *Quick Confusion Scale* (QCS) foi proposto por ser realizado mais rapidamente que o *Mini Mental State Examination* e não requerer capacidade de escrita ou leitura. Consiste em seis perguntas, incluindo orientação temporal, atenção e memória de curto prazo e teste de flexibilidade. De acordo com este autor, é o teste com a melhor relação desempenho / tempo no SU. Tempo de aplicação 2 minutos;

- **Avaliação da depressão** – Foi proposto o *Hustey's questionnaire*, questionário composto por duas questões com score. Tempo de aplicação 2 minutos;

- **Avaliação da funcionalidade** – O autor propõe para as atividades básicas de vida diária (ABVD) o *Índice de Katz* e para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) o *Índice de Lawton* (9 itens), sendo que propõe por último, o recurso ao instrumento da *The Older American Resources and Services* (OARS ADL), por apresentar a vantagem de combinar os dois índices num só e de ser sido validado para o contexto de SU. Tempo de aplicação 5 minutos;

- **Avaliação do risco de queda** – “*One leg balance*” é o instrumento proposto para avaliar o risco de queda. Este instrumento avalia a capacidade da pessoa permanecer numa só perna sem suporte, durante 5 segundos. Por requerer que a PI tenha a capacidade de ficar em pé e necessitar de espaço, a aplicação deste instrumento pode não ser viável em contexto de urgência. Tempo de aplicação 5 minutos;

– **Avaliação do estado nutricional** – O *Mini Nutritional Assessment*, versão reduzida, pode ser aplicado em contexto de urgência mas exige o conhecimento dos valores do peso e da altura, para o cálculo do Índice de massa corporal, que na maioria das situações os profissionais desconhecem, pelo que essas limitações dificultam a sua aplicação nestes contextos. *The DETERMINE Your Nutritional Health Checklist (DETERMINE)* é uma lista de autopreenchimento com dez perguntas cobrindo diferentes fatores de risco para desnutrição, útil para o rastreio, mas não diagnostica a desnutrição. Tempo de aplicação 5 minutos;

– **Avaliação dos efeitos adversos dos medicamentos** – *Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions (STOPP)* foi descrito como sendo um instrumento duas vezes mais eficaz comparativamente ao *Beer's criteria*. Inclui 65 critérios para evitar as interações medicamentosas nas PI. No entanto ainda não existem evidências que comprovem que o uso deste instrumento diminua a incidência de efeitos adversos dos medicamentos. Tempo de aplicação 3 minutos.

A avaliação multidimensional da PI é essencial para a redução do declínio funcional, das readmissões nos SU e a institucionalização das PI com alto risco, mas é consumidora de muito tempo (Graf et al., 2011). Considero, por isso, pertinente a utilização do ISAR pelos enfermeiros, como instrumento de rastreio numa primeira abordagem à PI em contexto de SU (Graf et al., 2011; Tavares et al., 2017a, 2017b). Este rastreio permite uma rápida avaliação geral dos fatores de risco geriátricos a todas as PI, possibilitando, em simultâneo, a identificação das PI com elevado risco de efeitos adversos. São exatamente as PI com maior risco, que mais irão beneficiar com uma avaliação multidimensional, sendo, para tal, elaborado e implementado um plano de cuidados centrados na pessoa a partir dos resultados da avaliação multidimensional da PI.

A avaliação da PI em contexto de SU em duas fases distintas, conforme descrito anteriormente, quando complementada com a articulação com os cuidados de saúde primários, pode conduzir a uma melhoria do prognóstico das PI frágeis, conforme demonstrou o estudo realizado por Alonso et al. (2018). É no contexto de um SU, que o **enfermeiro de prática avançada** pode representar um recurso de saúde relevante, ao realizar a avaliação multidimensional que permite assegurar o equilíbrio/bem-estar da PI através da elaboração de um plano de cuidados centrado na pessoa, promovendo os recursos internos e externos, elevando o nível da qualidade dos cuidados e reduzindo os custos, conforme demonstrou o estudo de Solé-Casals

et al. (2017). Áreas específicas como a comunicação com as PI e seus cuidadores, o providenciar um ambiente mais seguro e menos *stressante*, e a articulação com os cuidados de saúde primários (Graf et al., 2011) são aspetos centrais na atuação do enfermeiro de prática avançada em contexto de SU (Shanley et al., 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

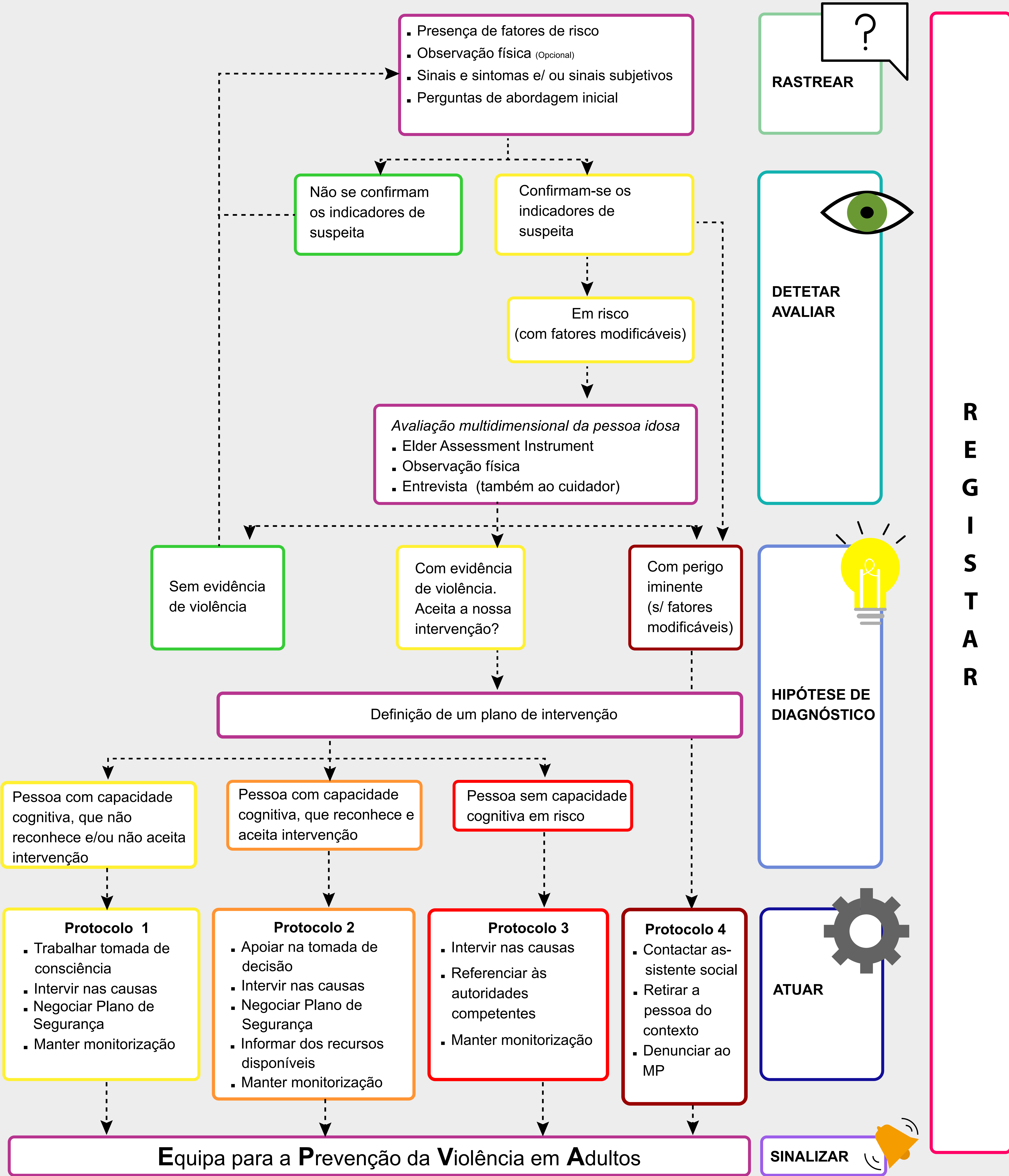
- Alonso, C., Ferrer, M., Santana, M., Hernández, L., Cruz García, M., Castillo, J. ... Martín-Sánchez, F. (2018). Multidimensional intervention to improve the short-term prognosis of frail elderly patients discharged from a short-stay unit: A quasiexperimental study. *Revista Clínica Española*, 218 (4), 163-169. **Doi:** 10.1016/j.rce.2018.01.008.
- Azeredo, Z. (2014). O idoso no serviço de urgência hospitalar. *Journal of Aging & Innovation*, 2(4), 20-26. Acedido em: 23/02/2018. Disponível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/Idosos-urgencia.pdf>
- Beauchet, O., Launay, C., Fantino, B., Lerolle, N., Maunoury, F. & Annweiler, C. (2013). Screening for Elderly Patients Admitted to the Emergency Department Requiring Specialized Geriatric Care. *The Journal of Emergency Medicine*, 45 (5), 739–745. **Doi:** 10.1016/j.jemermed.2012.11.110.
- Coutinho, M. F. L. F. (2014). *Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa no Serviço de Urgência: Intervenção do Enfermeiro Especialista* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/16302>.
- Crouch, R. (2012). The older person in the emergency department: Seeing beyond the frailty. *International Emergency Nursing*, 20(4), 191-192. **Doi:** 10.1016/j.ienj.2012.09.001.
- Ermida, J. (2014). Avaliação geriátrica global. In M. T. Veríssimo (coords). *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar* (103-117). Lisboa: Lidel - Edições Técnica, Lda.
- Graf, C., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J. & Chevallley, T. (2010). Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 2032-2033. **Doi:** 10.1111/j.1532-5415.2010.03090.x.
- Graf, C., Zekry, D., Giannelli, S., Michel, J. & Chevallley, T. (2011). Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the Emergency Department: a systematic review. *Aging clinical and experimental research*, 23(4), 244-254. **Doi:** 10.3275/7284.

- Gruner, H. Antunes, M., Magalhães, F. & Castro, S. (2014). O Idoso frágil. In M. T. Veríssimo (coords). *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar* (359-364). Lisboa: Lidel - Edições Técnica, Lda.
- McCusker, J., Dendukuri, N., Tousignant P., Verdon, J., Courval, L. & Belzile, E. (2003). Rapid Two-Stage Emergency Department Intervention for Seniors: Impact on Continuity of Care. *Academic Emergency Medicine*, 10(3), 233-243. **Doi:** 10.1197/aemj.10.3.233.
- Moraes, E. (2012). *Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em: 21/03/2017. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.
- Naunheim, R., Covassin, T., Jacquin, A., Hanley, D. & Michelson, E. (2018) *American Journal of Emergency Medicine*. 36,143–146 **Doi:** 10.1016/j.ajem.2017.07.008.
- Nolan, M. R. (2009). Older Patients in the Emergency Department: What are the Risks? *Journal of Gerontological Nursing*, 35(12), 14-18. **Doi:** 10.3928/00989134-20091103-01.
- Samaras, N., Chevalley, T., Samaras, D. & Gold, G. (2010). Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine*, 56 (3), 261-269. **Doi:**10.1016/j.annemergmed.2010.04.015.
- Shanley, C., Sutherland,S., Stott, K., Tumeth, R. & Whitmore, E. (2008). Increasing the profile of care of the older person in the ED: A compemporary nursing challenge. *Internacional Emergency Nursing*. 16:3, 152-58. **Doi:** 10.1016/j.ienj.2008.05.005.
- Solé-Casals, M., Chirveches-Pérez, E., Puigoriol-Juventeny, E., Nubó-Puntí, N., Chabrera-Sanze, C. & Subirana-Casacuberta, M. (2017). Profile and results of frail patient assessed by advanced practice nursing in an Emergency Department. *Enfermería Clínica*. **Doi:** 10.1016/j.enfcli.2017.04.003.
- Tavares, J. (2012). Identificação das pessoas idosas de risco no serviço de urgência: Que realidade? *Journal of Aging & Inovation*, 1 (4), 14-25. Acedido em: 22/01/2018. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2-Idosos-de-risco-nos-SU.pdf>.
- Tavares, J., Sá-Couto, P., Boltz, M. & Capezuti, E. (2017a). Identification of seniors at Risk (ISAR) in the emergency room: A prospective study. *International Emergency Nursing*, 35, 19-24. **Doi:** 10.1016/j.ienj.2017.05.008.
- Tavares, J., Sá-Couto, P., Capezuti, E. & Boltz, M. (2017b). Portuguese Older Adults Presenting at the Emergency Department: Predictive Validity of the Identifica-

tion of Seniors at Risk (ISAR) Tool. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(8), 18–24. **Doi:** 10.3928/00989134-20170405-02.

Apêndice XXVI:
Fluxograma de atuação em situações de suspeita
de violência doméstica contra a pessoa idosa

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A PESSOA IDOSA



Apêndice XXVII:
**Guia orientador para a intervenção multidisciplinar
na prevenção da violência doméstica contra a pessoa idosa**

2018

Guia orientador para a intervenção multidisciplinar na prevenção da violência doméstica contra a pessoa idosa



Julieta Costa

GUIA ORIENTADOR PARA A INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A PESSOA IDOSA

Autor: M^a Julieta Costa nº 7386

*Mestranda em Enfermagem na área de Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente Pessoa Idosa*

Prof. Orientador: M^a Emília Brito

Orientador de Estágio: Helena Falcão

Janeiro de 2018

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ASGVCV – Ação de Saúde sobre género, Violência e Ciclo de Vida

AVD – Atividade de Vida Diária

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAI – *Elder Assessment Instrument*

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa de Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EPVA – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

INPEA – *International Network for the Prevention of Elder Abuse*

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

PI – Pessoa Idosa

PSP – Polícia de Segurança Pública

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SUG – Serviço de Urgência Geral

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO – *World Health Organization*

WHOROE – World Health Organization Regional Office for Europe

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	5
INTRODUÇÃO	9
Destinatários	10
Finalidade.....	10
Suporte Normativo	10
Reflexão Ética e Legal	11
I. FUNDAMENTAÇÃO	13
1.1. Tipologias de violência.....	13
1.2. Modelo explicativo do fenómeno da violência – Modelo ecológico	14
II. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS	19
2.1. Rastrear	19
2.2. Detetar e avaliar.....	19
2.3. Hipótese de diagnóstico.....	20
2.4. Atuar	21
2.5. Sinalizar	21
2.6. Registrar	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS	
ANEXO A – Presença de fatores de risco	
ANEXO B – Sinais e sintomas de violência contra a Pessoa Idosa	
ANEXO C – Sinais Subjetivos	
ANEXO D – Perguntas de abordagem inicial	
ANEXO E – <i>Elder Assessment Instrument</i>	
ANEXO F – Entrevista	
ANEXO G – Protocolo 1	
ANEXO H – Protocolo 2 - Risco	
ANEXO I – Protocolo 3 – Pessoa sem capacidade cognitiva em risco	
ANEXO J – Protocolo 4 – Perigo iminente	
ANEXO K – Formulário de Registo Clínico de Violência	
ANEXO L – Formulário de Denúncia de Crime	
ANEXO M – Glossário	

INTRODUÇÃO

Este guia orientador para intervenção sistematizada dos cuidados tem como foco de atenção as situações de suspeita de violência doméstica na pessoa idosa (PI), apresentando recomendações para a equipa multiprofissional de saúde, no que se refere aos cuidados à pessoa, cuidador principal e família, em contexto comunitário. Contudo, ele não procura uma uniformização dos cuidados mas antes uma atuação sistematizada, humanizada, personalizada e que tenha em conta as necessidades reais e específicas de cada PI suspeita de violência doméstica.

Ao longo deste trabalho, consideramos a **PI** como qualquer pessoa com idade igual ou superior a 65 anos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2006; Pordata, 2018, Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018), apesar de considerarmos que a idade cronológica não é um marco preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento (World Health Organization [WHO], 2015).

De uma forma geral, a literatura define a **Violência contra a PI** como “qualquer ato, único ou repetido, ou falta de ação apropriada que ocorra em qualquer relação, supostamente de confiança, que cause dano ou angustia, a uma pessoa de idade” (*Action on Elder Abuse* [1995], citado por Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, [2002, p. 126]).

Para um mesmo fenómeno, encontramos na literatura diferentes nomenclaturas: “abuso”, “maus-tratos”, “violência”, com tipologias semelhantes. Neste guia optou-se pela terminologia “violência”, por esta ser mais abrangente, muito embora, devido à utilização do instrumento de avaliação *Elder Assessment Instrument* (versão portuguesa traduzida e validada por Fernandes, & Gonçalves, 2015), o termo “abuso” seja também utilizado.

Ser idoso é por vezes uma etapa de vida difícil. O processo fisiológico de envelhecimento causa muitas vezes limitações que estão na base de alguma vulnerabilidade. O Código Penal Português (Lei n.º 59/2007, artigo 152º) considera por isso que quando a vítima é uma PI estamos perante uma **vítima vulnerável**¹ em razão da sua idade.

¹ De acordo Oviedo & Czeresnia (2015, p. 246), a “vulnerabilidade se configura em uma dinâmica de interdependências recíprocas que exprimem valores multidimensionais – biológicos, existen-

Destinatários

O presente guia orientador destina-se a todos os profissionais de saúde da Equipe de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) da Unidade de Cuidados na Comunidade de XX.

Finalidade

A finalidade deste guia orientador é sistematizar os cuidados prestados pela equipa da ECCI e ECSCP de X, em situações de suspeita de violência doméstica contra a PI, baseada em evidência científica.

Suporte Normativo

A realização do presente guia teve como suporte a *revisão scoping* que obedeceu as etapas previamente estabelecidas pelo Instituto *Joanna Briggs* (JBI).

A pesquisa teve como limite temporal os últimos 10 anos. No entanto, foram integrados neste trabalho alguns artigos mais antigos face à sua relevância na área. Definimos como questão de partida: Quais as intervenções do enfermeiro no domicílio, ao nível da prevenção da violência doméstica? A condução da pesquisa inicial foi desenvolvida em inglês, partindo dos seguintes descritores: “*elder*”, “*aged*”, “*ancient*”, combinados por **or** para a população; “*violence*”, “*abuse*”, “*negligence*”, “*mistreatment*”, “*domestic violence*” combinados por **or**, a que se associou **and** “*prevention*”, “*intervention*”, “*response*”, “*guidelines*”, “*protocols*”, “*consensus*”, “*recommendation*”, combinados por **or**, a que se associou “*nursing*” **or** “*nurse*” a fim de chegarmos ao conceito. Por fim, para o contexto incluímos as palavras “*home*”, “*housing*”, “*primary health care*”, “*home care*”.

Os três componentes da nossa questão de partida foram combinados com **and**, restringindo as nossas pesquisas, posteriormente foram sujeitos aos filtros Full Text e aos limites temporais. Foram ainda consultadas as diretivas emanadas pela DGS (2016) tendo as mesmas sido adaptadas à realidade da ECCI/ECSCP.

Reflexão Ética e Legal

No que diz respeito ao Código Penal Português, revisto pela Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro, a violência doméstica passou a ser um **crime público**, pelo que qualquer pessoa os pode denunciar à polícia ou ao Ministério Público. O conteúdo do artigo 152º explicita o tipo de comportamentos a considerar neste quadro legal:

- 1 - Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: (...)
 - c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou
 - d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;
- é punido com pena de prisão (...).

Simultaneamente, todo o profissional tem a **obrigação legal** de denunciar as situações de violência, de acordo com a alínea b) do artigo 242.º do Código de Processo Penal (Lei n.º 48/2007), que estabelece que “a denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos (...) para os funcionários (...) quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas”. Tendo em conta o que foi referido, é importante que todos os profissionais envolvidos no atendimento às vítimas conheçam a legislação e estejam preparados para os desafios da identificação e avaliação e para as consequências da denúncia dos crimes de natureza pública.

Deontologicamente os enfermeiros têm a obrigação de detetar, avaliar, acompanhar e reportar as situações de violência contra a PI, como se infere da alínea C do artigo 102º do Código Deontológico do Enfermeiro, que refere que o enfermeiro assume o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Lei nº 156/2015, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [OE]).

Em termos éticos, é também essencial que, após a deteção das situações de violência, se forneça à PI informação sobre os seus direitos, alternativas viáveis e possíveis procedimentos a adotar (*empowerment*), que lhe seja permitida a liberdade para tomar decisões, para resolver os seus problemas e necessidades – Princípio de autonomia (Bernal & Gutiérrez, 2005; Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2010). É contraproducente e eticamente questionável, sujeitar as pessoas idosas a rastreios e avaliações se não se dispuser de meios sociais, económicos, le-

gaís ou outros que lhes forneçam o apoio necessário para ultrapassar essas situações – Princípio da beneficência e da não maleficência (Bernal & Gutiérrez, 2005).

Importa ainda referir, que relativamente à denúncia:

- O **Código Deontológico do Médico** (Regulamento n.º 707/2016 na alínea b) do artigo 32º) obriga o médico a não “revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do Bastonário”;
- O **Código Deontológico do Enfermeiro** (Lei nº 156/2015, artigo 106.º do Estatuto da OE) e o Regulamento n.º 338/2017, artigo 6.º, obrigam o enfermeiro à obtenção prévia do aconselhamento jurídico e do aconselhamento deontológico, em caso de necessidade de divulgação de informação, nomeadamente em situações de suspeita de violência.

Tendo em conta que, muitas vezes, a revelação da situação pode constituir-se como um fator de risco agravante (DGS, 2016), a denúncia² deve ocorrer após estarem asseguradas as questões relativas à segurança da PI. Gil (2014) e Gil et al. (2015) referem que na maioria das vezes os agressores são os familiares diretos, cônjuges/companheiros e filhos. E sabemos da prática que nem sempre as respostas sociais são suficientemente céleres e os recursos comunitários para os utentes com necessidades especiais são claramente insuficientes.

² Relativamente à denúncia, Fernandes & Carvalhas (2016, p. 83) preconizam a necessidade de primeiro “clarificar se efetivamente existe prática de crime e só depois dar início a qualquer intervenção ou denúncia”.

I. FUNDAMENTAÇÃO

O aumento da longevidade traduz mudanças na vida das pessoas idosas, mais concretamente no que se refere ao estado de saúde, tornando-as mais predispostas a uma multiplicidade de doenças crónicas, a situações de dependência e consequentemente a depender de apoios sociais e familiares, existindo concomitantemente uma diminuição das redes sociais (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). O envelhecimento populacional associado, muitas vezes, ao baixo nível das pensões de reforma, ao isolamento social, ao facto de existir uma maior proporção de pessoas com mais de 75 anos, não institucionalizadas a coabitar com outros, nomeadamente familiares diretos, por afinidade ou ainda pessoas sem laço familiar, podem ser fatores que aumentam a vulnerabilidade da população idosa portuguesa face às situações de violência, isto quando comparamos com outros países da União Europeia (Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013 citando Gaymu et al., 2008; Azeredo, 2016).

De acordo com os últimos dados, uma em cada seis pessoas idosas é vítima de algum tipo de violência em todo o mundo (WHO, 2017).

Em Portugal, um estudo populacional divulgado em 2014 pelo Instituto Ricardo Jorge revelou que cerca de 12,3% da amostra tinha sido vítima de violência, no último ano, por parte de um familiar, amigo, vizinho ou profissional remunerado (Gil, 2014).

1.1. Tipologias de violência

Consensualmente na literatura (Krug et al., 2002; Gil, 2014; Gil et al 2015) estão descritas cinco tipologias de violência (ver **Anexo B**):

- **Física:** uso não accidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. As punições físicas de qualquer tipo são exemplos de violência física (Ferreira-Alves, 2004). Envolve atos como bater, esbofetear, empurrar, estrangular, contenção física. Pode não deixar marcar visíveis no corpo das vítimas (APAV, 2010) podendo muitas vezes ser incorretamente atribuído a alterações fisiológicas na PI (Caceres & Fulmer, 2016);
- **Psicológica:** infligência de aflição, dor ou angústia, por meios verbais ou não verbais (insultar, chamar nomes, gritar), a humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo incluem-se nesta categoria (Ferreira-Alves, 2004). Pode ter um caráter simbólico para a vítima (DGS, 2016);

- **Sexual:** contacto sexual não consensualizado de qualquer tipo com uma PI (Ferreira-Alves, 2004);
- **Financeira:** uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens da PI (Ferreira-Alves, 2004). A violência financeira envolve frequentemente os filhos em vez de estranhos (Hullick et al, 2017);
- **Negligência:** recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com a PI (Ferreira-Alves, 2004). Culturalmente diferente de país para país (Gil, 2014).

Alguns autores consideram também como forma de violência contra a PI, o abandono (National Center on Elder Abuse, 1999; Ferreira-Alves, 2004; Caceres & Fulmer, 2016) a violência estrutural e social, e o idadismo (WHO/International Network for the Prevention of Elder Abuse [INPEA], 2002).

- **Abandono:** envolve comportamentos que implicam o abandono das pessoas idosas por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados (Ferreira-Alves, 2004), nomeadamente após a alta hospitalar (APAV, 2010);
- **Estrutural e social:** envolve a discriminação negativa das pessoas idosas, promovida por um qualquer partido, governo, ou instituições (APAV, 2010), geralmente ocultada e naturalizada em estruturas sociais (Minayo, 1994), e que muitas vezes as pessoas idosas identificam como sendo incompetência governamental (APAV, 2010, citando INPEA);
- **Idadismo**³: discriminação baseada na idade, geralmente das pessoas mais novas para as pessoas mais velhas (WHO/INPEA, 2002).

A literatura refere que habitualmente os diferentes tipos de violência ocorrem em simultâneo e nem sempre é clara a divisão nas suas diferentes tipologias (Redondo, Pimentel & Correia, 2012; Gil et al., 2014; Hullick et al. 2017)

1.2. Modelo explicativo do fenómeno da violência – Modelo ecológico

O modelo ecológico coloca em evidência a complexidade do fenómeno da violência, envolvendo múltiplas variáveis de dimensões diferentes que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade à violência. Este modelo considera os vários níveis em que

³ Em alguns documentos a palavra anglo-saxónica “ageism” surge também traduzido para a língua portuguesa como “agismo” (Fernandes & Carvalhas, 2016).

a prevenção e a intervenção devem atuar (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2014). Segundo Krug et al. (2002) o modelo desenvolve a interligação entre os fatores individuais e os contextuais, apresentando a violência como uma consequência do efeito dos vários níveis e sistemas ambientais sobre o comportamento da pessoa. Este modelo salienta a importância de uma prevenção com diferentes níveis de atuação em que é essencial a colaboração e coordenação nos quatro níveis: individual, relacionamento, comunidade e social. Permite também salientar que uma intervenção adequada requer uma abordagem multidimensional e multidisciplinar dos casos de violência contra as pessoas idosas, de modo a ampliar as capacidades de atuação e a repartir responsabilidades entre os diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes policiais, magistrados...) e instituições (Redondo, Pimentel & Correia, 2012, citando Brandl et al., 2007 e American Medical Association [AMA], 1992; DGS, 2016). Todos devem estar cientes da complexidade que caracteriza as necessidades sociais e individuais das pessoas idosas.

Crenshaw (1991) e Gracia (2015) citados por Fernandes & Carvalhas (2016) definiram o conceito de “interseccionalidade” referindo-se a existência de desigualdades múltiplas (idade, sexo, pobreza e etnia) que quando se cruzam na mesma pessoa tem um efeito que é multiplicador e não meramente somatório. Nestes casos, as múltiplas desvantagens interagem com as vulnerabilidades pré-existentes produzindo uma dimensão mais profunda de “desempoderamento”.

A violência contra a PI é uma problemática pouco avaliada e monitorizada. Na maioria dos casos ocorre “dentro de portas”, no contexto íntimo das famílias (Redondo, Pimentel & Correia, 2012).

Embora o crime de violência doméstica seja um crime público, em Portugal existem vários obstáculos de ordem pessoal, que dificultam a denúncia, são eles: a perceção e o conhecimento da vítima sobre o crime; o considerar um assunto do foro privado; o sentimento de culpa, o medo, a vergonha; o considerarem que o ato não é suficientemente grave para denunciar; o pretenderem proteger o/a parceiro/a, os seus filhos e/ou cuidadores (Phelan, 2010); a inexistência de prova que comprove o crime, o receio de serem desacreditadas e ainda o medo terem um atendimento hostil por parte da polícia (Bernal & Gutiérrez, 2005; APAV, 2010).

Mas não são apenas as vítimas que apresentam obstáculos à identificação da vitimização. Também os próprios profissionais, incluindo os da área da saúde, apresentam dificuldades na intervenção, por carência de formação adequada sobre o

processo de envelhecimento e sobre o atendimento às pessoas idosas vítimas de violência; ausência de protocolos de identificação; avaliação e intervenção; indisponibilidade de meios adequados para diagnosticar de forma diferencial a vitimização, ou por não se querem envolver em questões legais (Bernal & Gutiérrez, 2005; APAV, 2010; DGS, 2016).

Todos estes obstáculos contribuem para que se predomine o silêncio e se ocultem a vitimização por longos períodos de tempo.

Estudos apontam para o facto de a violência visível, reportada às instituições de proteção, poder ser apenas uma pequena percentagem quando comparada com a violência não reportada (Gil, 2014). Submerso no *iceberg* existirão casos de violência contra as pessoas idosas, que nunca foram identificados e muito menos reportados.

A prática diária dos membros da ECCL e ECSCP permite entrar na intimidade do lar e são, por vezes, as únicas pessoas, fora da família, que mantêm um contacto contínuo com a PI. Tal responsabilidade faz com que os profissionais de saúde sejam muitas vezes confrontados com situações, que sugerem a vivência de contextos de violência contra a PI. Estudos indicam que apenas 1,4% dos profissionais de saúde reportam (Bond, & Butler, 2013), revelando a falta de formação, experiência e orientações adequadas relacionadas com esta temática.

Importa referir que esta unidade presta cuidados de saúde a uma percentagem elevada de pessoas idosas (66% do total de utentes) destes 65,12% são mulheres, 69,77% são dependentes, a que se adicionam outros fatores de risco como a coabitação (69,77%).

Baker, Francis, Hairi, Othman & Choo (2016), referem que os profissionais de saúde têm consciência que têm pouca formação para avaliar e decidir como atuar nas situações de violência.

Assim sendo, a formação na avaliação e deteção de risco de violência deveria ser uma preocupação em todas unidades que prestam cuidados geriátricos (Caceres & Fulmer, 2016), incluindo as que prestam cuidados nos domicílios.

Tendo em conta que cada caso é um caso, e que a atuação deve ter sempre por princípio assegurar a máxima segurança da vítima, é imprescindível que a avaliação do risco seja rigorosa e sistemática, para que o/a profissional detenha a informação suficiente para compreender e substanciar a sua intervenção (DGS, 2016). Este foi o mote para a elaboração de um Guia Orientador que permitirá uma avaliação e uma intervenção mais célebre, sistemática, e baseadas naquilo que são as boas práticas.

De acordo com a literatura, a aplicação dos instrumentos de avaliação é decisiva para a prática (Paixão Jr. & Reichenheim, 2006).

De acordo com a literatura, **o uso de um instrumento único é muitas vezes insuficiente** (Cohen, Levin, Gagin & Friedman, 2007; Phelan, 2010), sendo que idealmente está recomendado (Cohen et al, 2007; Cohen, 2013) ter-se em consideração os seguintes aspetos:

1. Identificação de fatores de risco;
2. Evidência de sinais de violência;
3. Perguntas diretas à PI.

Esta complementaridade é crucial para identificar de forma eficaz as situações de violência.

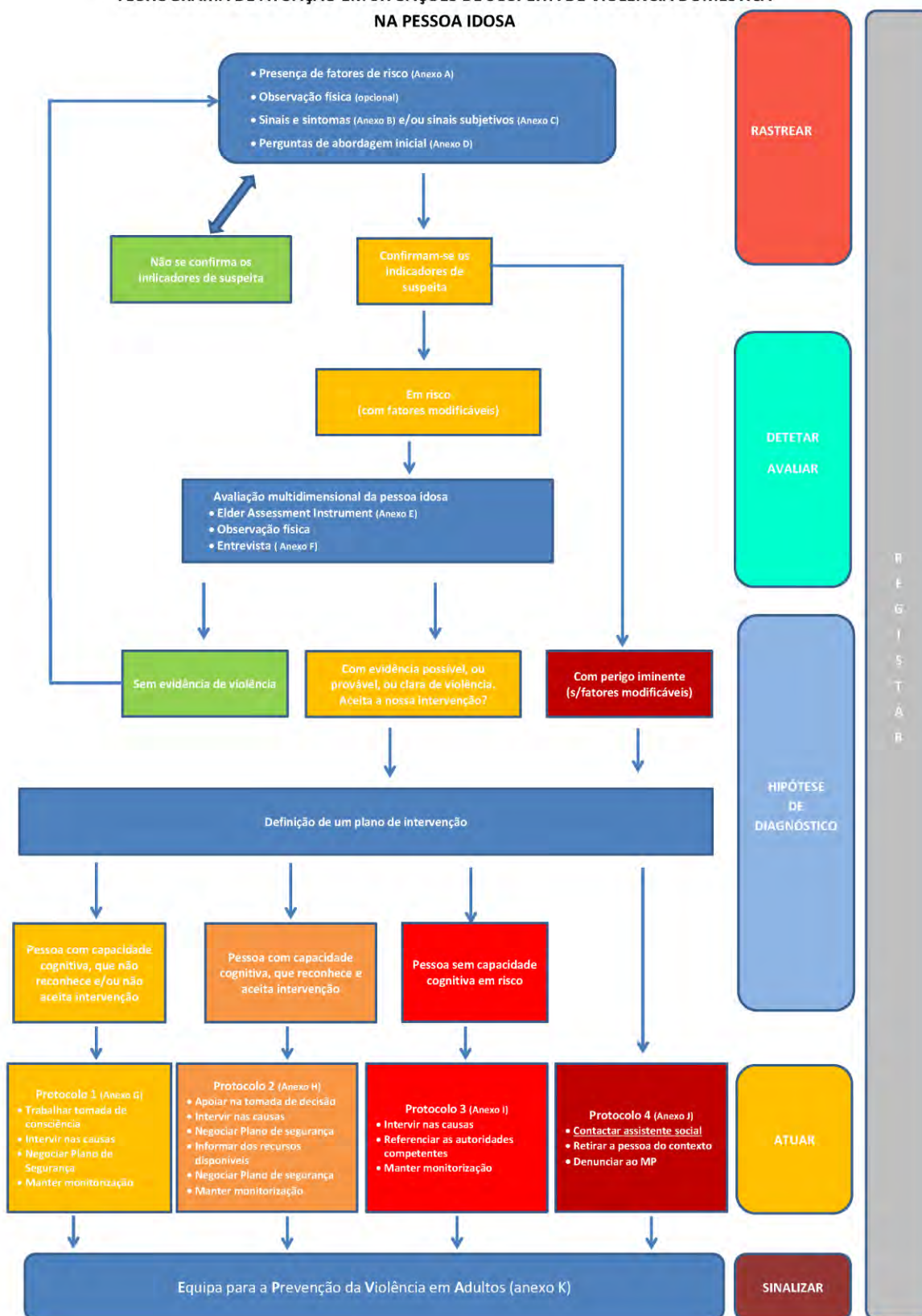
A pesquisa de novos instrumentos recai sobre instrumentos rápidos, breves e mais detalhados para avaliação diagnóstica (Fulmer *et al*, 2004) e por outro lado, traduzidos e validados para a população portuguesa. Desconhecendo a existência de outros instrumentos específicos destinados à avaliação da violência contra a PI, devidamente traduzidos e validados para a população portuguesa, optamos neste guia orientador pela utilização do *Elder Assessment Instrument* (EAI) de Fulmer (1984) na versão de Fernandes & Gonçalves (2015) – (**Anexo E**).

Apesar do instrumento ter como limitação a avaliação apenas da PI e não ter score definido, ele está descrito como sendo uma opção válida por ser breve e de fácil aplicação, estando recomendado a ambientes hospitalar e de comunitário (Fulmer *et al*, 2004; Gonçalves, 2010), nomeadamente em cuidados domiciliários. Por outro lado, ele permite também a avaliação do risco de violência a pessoas idosas sem competência cognitiva.

Este instrumento permite ter uma visão mais abrangente da situação contribuindo para uma avaliação do risco mais rigorosa e sistemática e por sua vez uma tomada de decisão mais sustentada, no entanto, ele não deve ser utilizado isoladamente, como foi anteriormente referido.

As propostas de intervenção aqui elencadas procuraram ir ao encontro do modelo ecológico, com atuações nos diferentes níveis: individual, relacionamento, comunidade, social.

FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
NA PESSOA IDOSA



II. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

2.1. Rastrear

Os profissionais no primeiro contacto de admissão, devem identificar a presença de fatores de risco (**Anexo A**) e/ou observar a presença dos sinais e sintomas sugestivos de violência (**Anexo B**), e/ou sinais subjetivos de violência (**Anexo C**). Este processo de rastreio pode ainda ser complementado através da colocação de algumas questões de abordagem inicial (Gonçalves, 2006; Lachs & Pillemer, 2015) (**Anexo D**). A observação física mais exaustiva é sempre obrigatória, podendo ser efetuada numa primeira abordagem, ou caso não seja oportuno, poderá ser efetuado posteriormente numa segunda visita.

Ter em atenção que relativamente às questões de abordagem inicial, as respostas negativas às perguntas de deteção não significam inexistência de situações de violência.

Caso não se confirme nenhum dos indicadores de suspeita, estes podem ser sempre reanalisados a cada contacto e sempre que surjam alterações no contexto que o justifique.

Em caso de confirmação dos indicadores, há que avaliar a existência de perigo iminente ou não:

- Para **perigo iminente** atuar de acordo com o Protocolo 4 (**Anexo J**).
- Considera-se **em risco sem perigo iminente** sempre que **existam** fatores onde ainda se possa intervir/modificar e se tenha tempo para o fazer sem colocar a pessoa em risco de vida.

2.2. Detetar e avaliar

Aos utentes identificados como em risco com fatores modificáveis preconiza-se a realização da **avaliação multidimensional** da PI (Chávez, 2013; Lachs & Pillemer, 2015; Caceres & Fulmer, 2016) que pode e deve ser realizada pela equipa multiprofissional (Gonçalves, 2006). Nesta avaliação devem ser incluídas a avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD), a avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), a avaliação cognitiva e a avaliação do humor, utilizando para tal instrumentos já instituídos pelo serviço.

Esta avaliação também engloba:

- *Elder Assessment Instrument* (EAI) de Fulmer (1984) na versão de Fernandes & Gonçalves (2015) – (**Anexo E**);

- Observação física, se ainda não foi realizada;

- Entrevista (**Anexo F**).

Deve ser realizada e registada uma história clínica detalhada.

Devem ser incluídos nos registos especificamente, traumas antigos, evidência de doença óssea metabólica e o uso de anticoagulantes. Deve-se ainda questionar a PI sobre a segurança do ambiente doméstico.

Um aspeto importante nesta avaliação multidimensional é a avaliação da capacidade cognitiva da PI, especialmente quando se prevê resistência na intervenção⁴. Para tal, preconiza-se a utilização do *Mini-Mental State Examination* (MMST) já utilizado no serviço.

2.3. Hipótese de diagnóstico

Da **avaliação multidimensional** pode resultar uma das seguintes situações:

- Ausência de evidência de violência (que deve ser reavaliada sempre que ocorra alguma alteração no contexto da PI);

- Evidência possível, ou provável, ou clara. Sendo que nesta situação há que questionar se a pessoa aceita ou não a intervenção da equipa e caso não aceite se a mesma tem capacidade cognitiva para recusar.

Em função do que for avaliado, há que definir um **plano de intervenção**.

Estão previstas quatro situações:

- Pessoa com capacidade cognitiva, que não reconhece e/ou não aceita;
- Pessoa com capacidade cognitiva, que reconhece e aceita intervenção;
- Pessoa sem capacidade cognitiva em risco;
- Com perigo iminente (sem fatores modificáveis).

⁴ Alguns autores, como Hoover & Polson (2014), propõem que a avaliação cognitiva seja realizada antes do início do rastreio.

2.4. Atuar

Para cada uma das situações são propostas atuações específicas, que devem ser implementadas de forma flexível, de preferência pela equipa interdisciplinar⁵ (Phelan, 2010; Lachs & Pillemer, 2015; Caceres & Fulmer, 2016), de acordo com o contexto:

- **Protocolo 1 (Anexo G):** para pessoa com capacidade cognitiva, que não reconhece e/ou não aceita (entende-se que em termos de atuação o foco nas duas situações é a tomada de consciência e a intervenção nas causas);
- **Protocolo 2 (Anexo H):** para pessoa com capacidade cognitiva, que reconhece e aceita intervenção;
- **Protocolo 3 (Anexo I):** para pessoa sem capacidade cognitiva em risco;
- **Protocolo 4 (Anexo J):** para pessoa com perigo iminente (sem fatores modificáveis).

Recorda-se que cada situação é uma situação única e que as intervenções propostas são linhas orientadoras baseadas evidência científica disponível e na opinião de peritos, contudo devem ser ajustadas a cada situação/contexto específico.

2.5. Sinalizar

Todas as situações devem ser sinalizadas para a Equipa para a Prevenção da Violência em Adulto (EPVA) local, através do preenchimento do **Formulário de Registo Clínico de Violência** da DGS (**Anexo K**). Este procedimento permite dar visibilidade ao fenómeno da violência e ao trabalho que é realizado pela equipa.

2.6. Registrar

Ao longo de todo o processo é necessário que sejam efetuados registos no SClínico de todos os dados colhidos, estes poderão servir de meio de prova no caso de processo judicial. No caso de denúncia, a DGS (2016) preconiza o registo do **Formulário de Denúncia de Crime (Anexo L)**. Só este deve ser facultado ao Tribunal, mediante indicação expressa do mesmo (DGS, 2016).

⁵ A cooperação interdisciplinar permite uma conjugação de saberes e de domínios de intervenção essenciais para a recolha de provas de prática de crime e adoção de medidas que garantam a segurança e proteção das pessoas idosas enquanto vítimas (Fernandes & Carvalhas, 2016), contribuindo para um cuidado integral e holístico e por outro lado permitir a partilha das responsabilidades (DGS, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual TÍTONO – Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV.
- Azeredo, Z. (2016). Reflexão sobre o papel dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários na violência sobre idosos. *Journal of Aging & Innovation*, 5(1), 4-9. Acedido em: 31/05/2017. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/1-csp-violencia-idosos.pdf>.
- Baker, P., Francis, D., Hairi, N., Othman, S. & Choo, W. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 1-123. **Doi:** 10.1002/14651858.CD010321.pub2.
- Bernal, A. & Gutiérrez B. (Coords.) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO. Acedido em: 17/04/2017. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51212>
- Bond, M. & Butler, K. (2013). Elder abuse and neglect. Definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clinical Geriatric Medicine*, 29, 257-273. **Doi:**10.1016/j.cger.2012.09.004.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido em: 22/12/2017. Disponível em: <https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-6a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>
- Caceres, B. & Fulmer, T. (2016). Mistreatment Detection. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker. *Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice* (5th ed., pp. 179-196). New York: Springer Publishing Company.
- Cohen, M. (2013). The process of validation of a three-dimensional model for the Identification of abuse in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57, 243-249. **Doi:** 10.1016/j.archger.2013.06.009.

- Cohen, M., Levin, S., Gagin, R. & Friedman, G. (2007). Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *The American Geriatrics Society*. 55(8), 1224-1230. **Doi:** 10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª edição) Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006). *Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Fernandes, D., Carvalhas, N. (2016). Crimes Contra a Liberdade e Integridade Pessoal: Crimes Cometidos Contra Idosos. In L. S. Pereira, J. P. R. Albuquerque & J. M. V. M. D. Duarte (org.), *Trabalhos temáticos de direito e processo penal* (pp. 19-106). Lisboa: Centro de Estudos Judiciários.
- Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2015). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências. *Escala e Testes na Demência* (3.ª edição, p. 171-175). Lisboa: Novartis.
- Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos. *Polícia e Justiça. Revista do Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais*. III série, Número especial Temático, 133-151.
- Gil, A. P., (Ed.) (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido em: 22-01-2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/1955>.
- Gil, A., Santos, A., Kislaya, I., Santos, C., Mascoli, L., Ferreira, A. & Vieira, D. (2015). Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(6), 1234-1246. **Doi:** 10.1590/0102-311X00084614.
- Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 739-745. **Doi:** 10.32385/rpmgf.v22i6.10306.
- Hespanhol, A., Couto, L. & Martins, C. (2008). A Medicina Preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 49-64. **Doi:** 10.32385/rpmgf.v24i1.10462.

- Hoover, R. & Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *American Family Physician*, 89 (6), 453-460. Acedido em: 12/10/2017. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0315/p453.html>.
- Hullick, C., Carpenter, C., Critchlow, R., Burkett, E., Arendts, G., Nagaraj, G. & Rosen, T. (2017). Abuse of the older person: Is this the case you missed last shift? *Emergency Medicine Australasia*, 29(2), 223-228. **Doi:** 10.1111/1742-6723.12756.
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Tábuas de Mortalidade em Portugal*. Acedido em: 13/02/2018. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=316113801&DESTAQUESmodo=2.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (Eds.) (2002). *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization. Acedido em: 20/03/2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf.
- Lachs, M. & Pillemer, K. (2015). Elder Abuse. *The New England Journal of Medicine*, 373, 1947-1956. **Doi:** 10.1056/NEJMra1404688.
- Lei n.º 130/2015 (2015). Procede à vigésima terceira alteração ao Código de Processo Penal e aprova o Estatuto da Vítima, transpondo a Diretiva 2012/29/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de outubro de 2012, que estabelece normas relativas aos direitos, ao apoio e à proteção das vítimas da criminalidade e que substitui a Decisão-Quadro 2001/220/JAI do Conselho, de 15 de março de 2001. Assembleia da República. Diário da República, Série I (N.º 173 de 2015-09-04), 7004-7010. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/130/2015/09/04/p/dre/pt/html>.
- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de Janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. Diário da República, Série I (Nº 181 de 2015-09-16), 8059-8105. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>.
- Lei n.º 48/2007 (2007). Procede à 15.ª Alteração ao Código de Processo Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 78/87, de 17 de Fevereiro. Assembleia da República. Diário da República, Série I (n.º 166 de 2007-08-29), 5844 – 5954. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/48/2007/08/29/p/dre/pt/html>

- Lei n.º 59/2007 (2007). Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro. Assembleia da República. Diário da República, Série I (N.º 170/2007, de 2007-09-04), 6181-6258. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/59/2007/09/04/p/dre/pt/html>.
- National Center on Elder Abuse (1999). Types of Elder Abuse in domestic settings. *Elder Abuse Information Series Nº. 1*. Acedido em: 27/12/2017. Disponível em: <https://ncea.acl.gov/resources/docs/archive/FactSheet-Types-EA-Domestic-Setting-1999.pdf>
- Oviedo, R. & Czeresnia, D. (2015). O conceito de vulnerabilidade e seu carácter bios-social. *Interface (Botucatu) – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(53), 237-249. **Doi:** 10.1590/1807-57622014.0436.
- Phelan, A. (2010). Elder Abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478. **Doi:** 10.12968/bjcn.2010.15.10.78727.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. & Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 59(S2), S194-S205. **Doi:** 10.1093/geront/gnw004.
- Pordata (2018). *Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo*. Acedido em: 04/02/2018. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saud%C3%A1vel+aos+65+anos+por+sexo-1590-211621>.
- Redondo, J., Pimentel, I., Correia, A. (2012). *Manual SARAR – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais na área da violência familiar / entre parceiros íntimos*. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2014). *Addressing and preventing Abuse and Neglect of older Adults: person – centred, collaborative, system-wide approaches*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Regulamento n.º 338/2017 (2017). Regulamento de aconselhamento deontológico para efeitos de divulgação de informação confidencial e dispensa do segredo profissional. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série II (N.º 120/2017 de 2017-06-23), 12770-12772. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/107553282>.

- Regulamento n.º 707/2016 (2016). Regulamento de Deontologia Médica. Ordem dos Médicos. Diário da República, Série II (n.º 139, de 2016-07-21), 22575 – 22588. Acedido em: 12/11/2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75007439>
- Santos, A., Nicolau, R., Fernandes, A. & Gil, A. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas [online]*, 72, 53-77. **Doi:** 10.7458/SPP2013722618.
- World Health Organization. (2001). *Men, ageing and health: achieving health across the life span*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 22/11/2017. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/66941>.
- World Health Organization (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde.
- World Health Organization (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Geneva. World Health Organization. Acedido em: 14/06/2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf.
- World Health Organization (2017). *Elder abuse. Fact sheet*. Updated June 2017. Acedido em: 17/06/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en>.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Acedido em: 10/05/2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2011/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>.
- World Health Organization & International Network for the Prevention of Elder Abuse. (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva, World Health Organization. Acedido em 10/05/2017. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/missing_voices/en.

Anexos

ANEXO A

Presença de fatores de risco

O Relatório Europeu sobre a prevenção dos maus-tratos a PI (World Health Organization Regional Office for Europe [WHOROE], 2011) identificou os principais fatores de risco associados à violência à PI. É consensual na literatura que o primeiro passo para a detecção dos casos de violência é a identificação dos fatores de risco (Chen & Dong, 2017).

Recentes estudos (Gil, 2014; Pillemer, Burnes, Riffin & Lachs, 2016) têm procurado demonstrar o nível de evidência entre determinados fatores e a ocorrência do fenómeno de violência. A tabela seguinte mostra os níveis de evidência identificados:

Tabela 1. Fatores de risco de acordo com níveis de evidência identificados

VÍTIMA (Individual)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: mulheres – Potencial • Idade: mais de 74 anos – Potencial • Dependência: altos níveis de incapacidade física ou cognitiva – Forte • Distúrbios mentais: depressão – Forte • Agressão e comportamento desafiador pela vítima
AGRESSOR (Individual)	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: homens em casos de violência física e as mulheres em casos de negligência; • Distúrbios mentais: depressão – Forte • Hábitos aditivos: álcool e de drogas – Forte • Hostilidade e agressão • Problemas financeiros • Stress: Sobrecarga do cuidador
RELAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Dependência financeira do agressor em relação à vítima – Forte • Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor • Transmissão intergeracional da violência • Relacionamento difícil de longa duração – Potencial • Parentesco: Filhos ou parceiros – Potencial • Coabitação
COMUNIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social: a vítima vive sozinha com agressor e ambos têm poucos contatos sociais – Potencial • Falta de suporte social: ausência de recursos de apoio social e institucional

Fonte: Adaptado de WHOROE (2011) e Pillemer et al. (2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chen, R. & Dong, X. (2017). Risk Factors of Elder Abuse. In X. Dong. *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (pp. 93-105). Chicago, USA: Springer International Publishing AG.
- Gil, A. P., (Ed.) (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido em: 22-01-2017. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1955/3/Envelhecimento%20e%20Viol%C3%Aancia%202011-2014%20.pdf>.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. & Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 59 (S2), S194-S205. **Doi:** 10.1093/geront/gnw004.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Acedido em: 10/05/2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2011/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>

ANEXO B

Sinais e sintomas de violência contra a Pessoa Idosa

TIPO DE VIOLÊNCIA	AÇÕES	EXEMPLOS DE POSSÍVEIS SINAIS E SINTOMAS
Física	Bater, Esbofetear, empurrar, estrangular, cuspir, sub ou sobre medicação, contenção física, alimentar à força, aplicar sanções inapropriadas.	Laceração incisa limpa (associada a cortes por objeto afiado), fraturas, contusões, abrasões e equimoses em localizações atípicas (fora das proeminências ósseas) e maiores do que 5 cm, arranhões, entorses, perda de dentes, queimaduras (com padrões inconsistentes, marcas de cigarros, marcas do radiador de aquecimento), lesões nos olhos. Alópecia traumática ou inflamação do couro cabeludo. Petéquias no pescoço, cabeça, face, pavilhões auriculares conjuntivas e mucosas bucais (possível estrangulamento) Úlceras de pressão, agressividade, agitação, sintomas depressivos, imobilidade, perda de massa muscular. Efeitos sobre ou sub medicação: sedação, confusão, “propensão” para quedas. Uso frequente do serviço de urgência.
Emocional ou Psicológica	Humilhar; intimidar; ameaçar de abandono; ridicularizar; causar medo e ansiedade; <i>bullying</i> ; culpar; isolamento/impedir contacto social; negar direitos básicos, sobre proteção; provocar medo, ansiedade; ameaçar a PI com ferimentos físicos; fechar a PI num quarto).	Sintomas de desamparo ou desesperança, labilidade emocional, depressão, perda de apetite, alterações do sono; isolamento; nutrir sentimentos ambivalentes em relação ao agressor; paranoia, medos excessivos.
Sexual	Violar, atos sexuais não consentidos pela PI, por não ter capacidade para consentir ou por ser obrigado a consentir	Lesões, queimaduras/irritação cutânea nos órgãos genitais, medo/ansiedade/irritação à aproximação/ao toque e à realização dos cuidados de higiene; marcas de mordedura humana nos órgãos genitais

TIPO DE VIOLÊNCIA	AÇÕES	EXEMPLOS DE POSSÍVEIS SINAIS E SINTOMAS
Financeira	Súbita redução dos fundos financeiros; remoção de material da propriedade; coação para assinatura para passagem de propriedades ou bens e alteração de testamento	Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedades ou outros bens sem consentimento; assinatura forjada de cheques/documentos; levantamento de dinheiro de contas bancárias (sem conhecimento da PI); operações legais de uma PI com incapacidade cognitiva;
Negligência	Ignorar necessidades físicas e médicas; falha em possibilitar o acesso a serviços essenciais (saúde, sociais, educacionais) e em não permitir o acesso a ajudas técnicas para as atividades de vida diárias	Higiene pobre; vestir inadequadamente face às condições ambientais; exposição a situações perigosas por ausência de supervisão; falta de ortóteses (ex. óculos, bengala ou andarilhos entre outros); ausência de cuidados de saúde; atrasos na procura dos cuidados de saúde; desnutrição/desidratação; úlceras de pressão; contraturas; pele irritada por urina; Isolamento social.

Fonte: Adaptado de Minayo, 1994; Ferreira-Alves 2004; APAV, 2010; Phelan, 2010; Hoover & Polson, 2014; Minayo & Müller, 2014; Lachs & Pillemer, 2015; Martinho, 2016.

Perante os sinais e/ou sintomas os técnicos de saúde podem começar por colocar perguntas abertas, como "pode contar-me o que lhe aconteceu?" e "O que se lembra sobre isso?" ou "Como ocorreu o ferimento? "

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos. Polícia e Justiça. *Revista do Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais*. III série, Número especial Temático, 133-151.
- Hoover, R. & Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *American Family Physician*, 89 (6), 453-460. Acedido em: 12/10/2017. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0315/p453.html>.
- Lachs, M. & Pillemer, K. (2015). Elder Abuse. *The New England Journal of Medicine*, 373, 1947-1956. **Doi:** 10.1056/NEJMra1404688.

- Martinho, A. S. (2016). *Maus-Tratos de Idosos: Artigo de Revisão*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Minayo, M. C. S. (1994). A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (suplemento 1), 07-18. **Doi:** 10.1590/S0102-311X1994000500002.
- Minayo, M. & Müller, N. (org.) (2014). *Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É possível prevenir. É necessário superar*, Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Acedido em: 13/11/2018. Disponível em:
<http://www.cedi.pr.gov.br/arquivos/File/CEDI/ManualViolencialdosogovfedweb.pdf>
- Phelan, A. (2010). Elder Abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478. **Doi:** 10.12968/bjcn.2010.15.10.78727.

ANEXO C

Sinais Subjetivos

O QUE DEVEMOS OBSERVAR?

Na pessoa idosa

- Parece ter medo do familiar / cuidador;
- Não quer responder quando se pergunta, ou olha para o cuidador antes de responder;
- Comportamento muda quando o cuidador entra ou sai do espaço físico onde se encontra;
- Manifesta sentimento de solidão, diz que precisa de amigos, família, dinheiro;
- Expressa frases que indicam baixo autoestima: "não sirvo para nada", "só estou a incomodar";
- Refere-se ao cuidador como uma pessoa com "gênio forte" ou que está frequentemente "cansado/o";
- Mostra exagerado respeito ao cuidador.

No cuidador (possível agressor)

- Presença de sinais de sobrecarga do cuidador;
- Dificulta ou evita que o profissional e a PI conversem em particular;
- Insiste em contestar as perguntas dirigidas à PI;
- Coloca obstáculos para que se proporcione no domicílio a assistência necessária à PI;
- Não está satisfeito com o facto de ter de cuidar da PI;
- Mostra descontrolo emocional, e fica sempre na defensiva;
- Mostra-se excessivamente "controlador" nas atividades de vida diária que a PI realiza;
- Tenta convencer aos profissionais de que a PI é "louca" ou que é cognitivamente incapaz;
- Culpabiliza o idoso por tudo que acontece, inclusive pela sua condição de saúde.

Na interação da pessoa idosa e o cuidador

- Observar se os relatos acerca de como um determinado facto ocorreu são divergentes, contraditórios ou estranhos;
- Observar se há relação conflituosa entre o cuidador e a PI, com frequentes discussões, insultos;
- Procurar saber se houve conflitos ou crises familiares recentes;
- Observar se o cuidador se mostra hostil, cansado ou impaciente durante a entrevista e a PI está demasiadamente agitada ou indiferente na sua presença;
- Observar se a relação entre os dois é de indiferença mútua.

Adaptado de: Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (2007) e APAV (2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual TÍTONO – Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.

Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS (2007). *Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: SMS.

ANEXO D

Perguntas de abordagem inicial

Exemplos de questões que podem ser colocadas:

- Como estão as coisas em casa?
- Alguém em casa (ou no lar ou centro de dia):
 - ...o (a) magoou?
 - ... o (a) tocou sem o seu consentimento?
 - ... fez-lhe fazer coisas que o senhor(a) não queria fazer?
 - ...lhe retirou algo que lhe pertencesse sem a sua autorização?
 - ... o(a) repreendeu ou ameaçou?
 - ...o obrigou a assinar algum documento que não compreendesse?
- Tem medo de alguém?
- Tem permanecido sozinho durante muito tempo?
- Já alguma vez alguém recusou ajudá-lo(a) a cuidar de si quando precisava de ajuda?
 - Foi um episódio esporádico?
 - O que acontece quando o seu cuidador discorda de si?
 - Quem gere as suas contas? E o seu dinheiro?

Registrar, se durante essa interação estiveram presentes outros intervenientes, para além da PI.

Adaptado de “Nine general screening questions specific to elder mistreatment” (American Medical Association, 1992, citado por Aravanis et al, 1993; WHO, 2008; Carmen & Lachs, 2014)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aravanis, S., Adelman, R., Breckman, R., Fulmer, T., Holder, E., Lachs, M., O'Brien, J., Sanders, A. (1993). Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect. *Archives of Family Medicine*, 2, 371-388. **Doi:** 10.1001/archfami.2.4.371.

- Carmen, T. & Lachs, M. (2014). Detecting, Assessing, & Responding to Elder Mismatchment. In B. Williams et al. (Ed.), *Current Diagnosis & Treatment - Geriatrics* (2nd., pp. 517-523). New York: McGraw-Hill Education.
- World Health Organization (2008). *A global response to Elder Abuse and neglect: Building Primary Health Care capacity to deal with the problem Worldwide. Main report*. Geneva: World Health Organization. Acedido em: 25-02-2017. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf.

ANEXO E

Elder Assessment Instrument

I. Avaliação Geral	Muito Bom	Bom	Baixo	Muito baixo	Impossível Avaliar
1. Vestuário					
2. Higiene					
3. Nutrição					
4. Qualidade da pele					
5. Comentários adicionais:					
II. Possíveis indicadores de Abuso	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
6. Contusões					
7. Golpes					
8. Fraturas					
9. Vários estádios de cura de escoriações ou fraturas					
10. Evidência de abuso sexual					
11. Queixa de abuso repetido pelo idoso					
12. Comentários adicionais:					
III. Possíveis Indicadores de Negligência	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
13. Contraturas					
14. Lesões de pressão					
15. Diarreia					
16. Depressão					
17. Impacto					
18. Desnutrição					
19. Queimaduras de urina					
20. Pouca higiene					
21. Falha na resposta a aviso de doença óbvia					
22. Medicação inadequada (carência/excesso)					
23. Readmissão hospitalar devido a provável falta de vigilância dos cuidados de saúde					
24. Queixas do Idoso por negligência repetida					
25. Comentários adicionais:					

IV. Possíveis indicadores de Exploração	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
26. Mau uso do dinheiro					
27. Evidência da exploração financeira					
28. Registos de exigências de bens em troca de serviços					
29. Incapacidade para controlar dinheiro/bens					
30. Queixas do idoso de exploração repetida					
31. Comentários adicionais:					
V. Possíveis indicadores de Abandono	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
32. Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas					
33. Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio					
34. Queixas do idoso de abandono repetido					
35. Comentários adicionais:					
VI. Resumo	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
36. Evidência de Abuso					
37. Evidência de Negligência					
38. Evidência de Exploração					
39. Evidência de Abandono					
40. Comentários adicionais:					

VI. Comentários e seguimento

Autor da versão original:

Fulmer, T. (2008). Screening for Mistreatment of Older Adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59. Doi: 10.1097/01.NAJ.0000341885.07694.48.

Autor da versão traduzida e validada para Portugal:

Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2015). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD. *Livro de Escalas e Testes na Demência* (3.^a edição). GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências.

ANEXO F

Entrevista

A suspeita da presença de indicadores de violência contra a PI deve conduzir o profissional a estabelecer estratégias para romper as barreiras de comunicação.

Elencamos algumas recomendações:

- Adaptar a linguagem ao nível cultural;
- Não ter medo de perguntar;
- Interrogar a (potencial) vítima em privado;
- Observar as atitudes e o estado emocional;
- Se necessário falar mais alto, mas não gritar;
- Posicionar-se de frente para a PI para que os olhos e a boca estejam visíveis, nunca falar ao ouvido;
- Manter uma atitude empática e escuta ativa.

"O que o(a) senhor(a) me contou é muito importante. Estamos aqui para ajudá-lo(a)."

"O(a) senhor(a) tem alguma outra coisa importante que o(a) preocupe? Estamos à sua disposição para ouvir... "

- **Seguir uma sequência lógica** de perguntas, das mais gerais (para possibilitar a abertura e confiança) para outras mais concretas e diretas.

Exemplo de pergunta aberta "o que mais o preocupa...?"

- Contextualizar as perguntas:

"Vejo que o senhor não se pode levantar da cama e que passa a maior parte do tempo sozinho, sem a presença da sua família. O que mais o preocupa sobre este assunto?"

- Introduzir o tema da violência de forma cuidadosa, mas direta;
- Associar o que o preocupa subjetivamente com o que se objetiva como uma possível violência sob a ótica profissional.

"Referiu que o(a) preocupa o facto de que cada vez mais depende dos outros. É difícil para o(a) senhor(a) depender de outras pessoas que são ou não da sua família, principalmente nos cuidados com a sua higiene pessoal?"

- Expressar claramente que não existe desculpa/ justificação para a violência e que a pessoa tem o direito a viver sem medo e livre de violência;
- Não emitir juízo de valor sobre as pessoas e mostrar empatia diante das necessidades de todos os membros da família.

"De facto, estamos diante de uma situação difícil, para o(a) sr(a). e para alguns dos membros da sua família..."

- Ter em atenção que a revelação da situação da violência poderá representar risco para a vítima, caso o/a agressor/a tenha conhecimento desta. Garantir a confidencialidade, **exceto nas situações previstas de perigo eminente**.

"O que o(a) senhor(a) está a comentar comigo é confidencial. Garanto que, se o(a) senhor(a) desejar, a informação ficará entre nós".

- Manifestar disponibilidade para um contato futuro.

Nota: Respostas negativas às questões de deteção não significam necessariamente inexistência de situações de violência. Nestes casos registar *"foram colocadas questões de rotina sobre violência e a/o utente afirmou não ser um problema para si"* (DGS, 2016, p. 157).

O QUE NÃO DEVEMOS FAZER?

- Colocar questões que possam ser interpretadas como acusadoras ou provocadoras, para não colocar o agressor na defensiva;
- Mostrar desaprovação, repulsa ou ira diante da situação em que se encontra a PI;
- Fazer juízos de valor ou culpabilizar, podem fechar as portas para a intervenção;

- Sugerir respostas para as perguntas que colocamos;
- Pressionar a pessoa a responder a perguntas, que não quer responder.

Adaptado de Bernal & Gutiérrez (2005), Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde (2007), Manita, Ribeiro & Peixoto (2009), APAV (2010), Redondo, Pimentel & Correia (2012), Hoover & Polson (2014), Silva e Carrilho (2016), DGS (2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual TÍTONO – Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.
- Baptista, I. (coord), Silva, A. & Carrilho, P. (2016). *Make it happen! Rotas de empoderamento: Contributos para a avaliação de necessidades e apoio a vítimas de violência em relações de intimidade no sistema de justiça em Portugal*. Projeto financiado com o apoio da Comissão Europeia.
- Bernal, A. & Gutiérrez, B. (Coords.) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO. Acedido em 17/04/2017. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51212>.
- Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS (2007). *Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: SMS.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª edição) Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- Fulmer T., Guadagno, L., Bitondo Dyer, C. & Connolly, M. (2004). Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 297-304. **Doi:** 10.1111/j.1532-5415.2004.52074.x.
- Hoover, R. & Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *American Family Physician*, 89(6), 453-460. Acedido em: 12/10/2017. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0315/p453.html>.

- Manita, C. (Coord), Ribeiro, C. & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: compreender para intervir. Guia de Boas Práticas para Profissionais de Saúde*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Redondo, J., Pimentel, I. & Correia, A. (2012). *Manual SARAR – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*. Ceira: Serviço de Violência Familiar – Hospital Sobral Cid, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

ANEXO G

Protocolo 1

Quando a pessoa, com capacidade cognitiva, não reconhece e/ou não aceita encontrar-se numa situação de violência

OBJETIVO: promover o reconhecimento por parte da vítima da sua situação de violência, ajudando na compreensão enquanto problema, para que haja condições de realizar uma intervenção direta (DGS, 2016).

Intervenções:

1. Informar a pessoa da avaliação que realizou do contexto em que se encontra.
2. Trabalhar com a vítima a tomada de consciência e reconhecimento da situação em que se encontra enquanto problema que necessita de resolução, tendo em conta o impacto que pode ter na sua saúde (informar sobre o enquadramento jurídico-legal), mas aceitar a sua escolha caso não haja perigo de vida iminente (Princípio de autonomia).
3. Propor apoio interdisciplinar para os problemas físicos, psicológicos e sociais, apresentados.
4. Negociar alargamento de rede de apoio incluindo familiares e amigos.
5. Prevenir novas situações de violência, aliviando as causas (ex. descanso do cuidador, tele-alarme).
6. Informar a vítima sobre os recursos de apoio de que dispõe nesta área, e em caso de aceitação, realizar o seu encaminhamento.
7. Apoiar a vítima na tomada de decisões e respeitar as decisões tomadas (Princípio de autonomia).
8. Negociar Plano de Segurança (“se mudar de ideias tem aqui alguns contatos que lhe poderão ser úteis”).
9. Manter monitorização (visitas domiciliárias periódicas).

Adaptado de WHO (2008), APAV (2010), Hoover & Polson (2014) e DGS. (2016)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- Hoover, R. & Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *American Family Physician*, 89 (6), 453-460. Acedido em: 12/10/2017. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0315/p453.html>.
- World Health Organization (2008). *A global response to Elder Abuse and neglect: Building Primary Health Care capacity to deal with the problem Worldwide. Main report*. Geneva: World Health Organization. Acedido em a 25-02-2017. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf.

ANEXO H

Protocolo 2 - Risco

Quando a pessoa com capacidade cognitiva reconhece e aceita encontrar-se numa situação de violência

OBJETIVO: fazer com que a vítima se sinta apoiada e esteja consciente da sua situação, de modo a iniciar as mudanças necessárias que lhe permitam interromper o ciclo/dinâmica da violência (DGS, 2016).

Intervenção para a PI com capacidade cognitiva que reconhece e aceita encontrar-se numa situação de violência:

1. Validar o relato, não colocando em dúvida nem emitindo juízos de valor.
2. Apoiar a vítima, ajudar a refletir, a ordenar as ideias favorecendo a tomada de decisões para iniciar as mudanças na situação.
3. Capacitar os cuidadores para a prestação de cuidados.
4. Oferecer apoio interdisciplinar para os problemas físicos, psicológicos, sociais, apresentados pela vítima.
5. Prevenir novas situações de violência, aliviando as causas (ex. descanso do cuidador, tele-alarme).
6. Negociar um plano de segurança em parceria com a vítima.
7. Informar a vítima sobre os recursos externos disponíveis (IPSS, APAV, PSP), e, em caso de aceitação, realizar o seu encaminhamento.
8. Manter monitorização (visitas domiciliárias periódicas).

Adaptado de WHO (2008), APAV (2010) e DGS. (2016)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual TÍTONO – Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.

Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e>

[publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx](#).

World Health Organization (2008). *A global response to Elder Abuse and neglect: Building Primary Health Care capacity to deal with the problem Worldwide*. Main report. Geneva: World Health Organization. Acedido em 25-02-2017. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf.

ANEXO I

Protocolo 3 – Pessoa sem capacidade cognitiva em risco

Intervenções para a PI **sem capacidade cognitiva em risco de violência**:

1. Prevenir novas situações de violência, aliviando as causas (ex. descanso do cuidador, centro de dia, tele-alarme).
2. Referenciar às autoridades competentes para:
 - a. Gestão financeira – Iniciar processo de interdição (admissibilidade da gestão de negócios: artigo 464º e seguintes do Código Civil);
 - b. Tutela da PI – Nomeação de um tutor ou Curador Provisório (artigos 142º e 156º do Código Civil);
 - c. Procedimentos jurídicos.
3. Manter monitorização (visitas domiciliárias periódicas, caso não haja perigo em permanecer no domicílio).

Adaptado de WHO (2008), Hoover & Polson (2014), DGS (2016)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção- Geral da Saúde. (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª edição). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>
- Hoover, R. & Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *American Family Physician*, 89 (6), 453-460. Acedido em: 12/10/2017. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0315/p453.html>.
- World Health Organization (2008) *A global response to Elder Abuse and neglect: Building Primary Health Care capacity to deal with the problem Worldwide. Main report*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 25-02-2017. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf.

ANEXO J

Protocolo 4 – Perigo iminente

OBJETIVO: promover a segurança da/s vítima/s, em situações de violência grave, ocorridas ou em risco de ocorrer, que possam representar perigo iminente de vida (DGS, 2016)

Intervenções para a PI **vítima ou com risco de perigo iminente de vida:**

1. Informar a PI da avaliação que o/a profissional realizou da situação de perigo em que se encontra.
2. Validar o relato, não colocando em dúvida nem emitindo juízos de valor.
3. Ajudar a refletir, a ordenar as ideias favorecendo a tomada de decisões para junto com a vítima elaborar um plano de segurança.
4. Retirar a PI do contexto, de forma a manter a vítima em segurança, protegendo-a do contacto com o/a agressor/a articulando com as Forças de Segurança (GNR/PSP) se necessário.
5. Contactar Linha de Emergência Social 144, ou ponderar internamento hospitalar, ou articular com o tribunal para aplicação de medidas de proteção, caso seja necessário.
6. Tratar lesões físicas e prestar apoio emocional e, em caso de necessidade, encaminhar para as especialidades adequadas.
7. Preencher Formulário de Denúncia de Crime e enviar para o Ministério Público.

Adaptado de APAV (2010) e DGS (2016)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual TÍTONO – Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.

Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª edição) Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.

ANEXO K

Formulário de Registo Clínico de Violência

FORMULÁRIO DE REGISTO CLÍNICO DE VIOLÊNCIA > ADULTOS

Nº utente:

Nº proc. EPVA:

USF/UCSP do/a Utente:

Nome do/a Médico/a de Família:

ÍNDICE:



IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO(S) PRESTADOR(ES) DE INFORMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO/A SUSPEITO/A



AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO VIOLÊNCIA

DESCRIÇÃO DOS FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

EXAME FÍSICO

ESTADO EMOCIONAL ATUAL

AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO



HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO



INTERVENÇÕES ANTERIORES

PLANO DE INTERVENÇÃO



SINALIZAÇÃO INTERNA

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Identificação: N.º Validade

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Tel.: E-mail

- Vulnerabilidade particular:
- ☐ Grávida
 - ☐ Pessoa idosa
 - ☐ Dependente (física/mentalmente)
 - ☐ Dependente economicamente do/a suspeito/a
 - ☐ Crianças/dependentes expostas direta ou indiretamente à violência
 - ☐ Migrante
 - ☐ Outro (especificar)

NOTA: Em caso de não entendimento da língua portuguesa, solicitar apoio ao [CNAI](http://www.acidi.gov.pt/) (www.acidi.gov.pt/)



Assegurar que os contactos fornecidos pela vítima não são controlados pelo/a(s) agressor/a(s).

Composição do agregado familiar:

Relação de parentesco	Nome dos dependentes	Idade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Genograma:

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

NOTA: Mais do que dois/duas prestadores/as de informação, preencher em Notas

NOTA: Para mais prestador/a(s) de informação, preencher novos campos no final do documento (pág. 18)

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D. Nascimento: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

NOTA: Para mais suspeito/a(s), preencher novos campos no final do documento (pág. 19)

Situações específicas:

☐ Abuso/Dependência de substâncias ☐ Álcool
☐ Drogas
☐ Outras substâncias (especificar)

☐ Comportamentos delinquentes

☐ Práticas abusivas prévias ☐ a Familiares
☐ a Desconhecidos

☐ Patologia psiquiátrica

☐ ITS's

☐ Outras (especificar)

Relação com a vítima: (especificar)

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Tipologia/natureza:

Data início:

Intensidade (na percepção da vítima):

- ☐ Física ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave
- ☐ Psicológica ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave
- ☐ Sexual ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave
- ☐ Negligência/privação ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave
- ☐ Autodirigida ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave
- ☐ Outra ☐ Sem gravidade ☐ Pouco grave ☐ Grave ☐ Muito grave

NOTA: Sexual: Não esquecer de preencher "Tipo de Práticas" na Pág. 16.



Ex.: Económica

Situações específicas:

- ☐ Violência Doméstica — ☐ Relações de intimidade ☐ Relações familiares ☐ Violência vicariante
- ☐ Violência de Género
- ☐ Tráfico de Seres Humanos
- ☐ Institucional ☐ Laboral
- ☐ Bullying ☐ Cyberbullying
- ☐ Stalking ☐ Grooming
- ☐ Mutilação Genital Feminina ☐ Clitoridectomia ☐ Excisão ☐ Infibulação ☐ Outras
- ☐ Violência Discriminatória (especificar)

NOTA: Especificar subtipo, quando aplicável.

Exemplo: Etnia, identidade de género, orientação sexual, deficiência

Frequência: Descrever relativamente à situação mais frequente ou grave.

- ☐ Única ☐ Episódica ☐ Continuada (especificar local mais frequente)

Recurso a agentes (especificar):

- ☐ Mecânicos ☐ Contundentes ☐ Cortantes ☐ Perfurantes
- ☐ Fogo e explosivos
- ☐ Físicos ☐ Térmicos - calor e frio ☐ Elétricos ☐ Radiações
- ☐ Químicos ☐ Substâncias cáusticas e corrosivas ☐ Tóxicas
- ☐ Tecnológicos ☐ Filme ☐ Fotografia ☐ Outro

FACTOS QUE MOTIVAM A ASSISTÊNCIA

Nota: (descrição genérica da violência, incluindo mecanismo; tipo; circunstâncias do evento traumático; sintomatologia e lesões, ciclo da violência, de acordo com informação prestada pela vítima).

Dia Hora Local

Descrição dos Factos:

ANTECEDENTES PESSOAIS

(Com base na informação da vítima ou do/a seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

<input type="checkbox"/> Patologia psiquiátrica (especificar)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Abuso/Dependência de substâncias	<div><input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Psicofármacos <input type="checkbox"/> Outras (especificar) <input type="text"/></div>
<input type="checkbox"/> Historial de violência prévia	<div><div><input type="checkbox"/> Infância <input type="checkbox"/> Idade adulta</div><div><input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Perpetrador/a <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Perpetrador/a</div></div>
<input type="checkbox"/> Outras consequências da vitimação (médicas, sono, alimentação, etc.)	

ANTECEDENTES FAMILIARES

(Com base na informação da vítima ou do/a seu/sua acompanhante e/ou em registos clínicos, indicando-se a respetiva fonte)

<input type="checkbox"/> Patologia psiquiátrica (especificar)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Abuso/Dependência de substâncias	<div><input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Psicofármacos <input type="checkbox"/> Outras (especificar) <input type="text"/></div>
<input type="checkbox"/> Historial de violência prévia em familiares (infância e/ou idade adulta)	
<input type="checkbox"/> Violência intrafamiliar (tipo, data de início, frequência, gravidade, duração, consequências, envolvimento de cada membro da família e medidas tomadas)	

EXAME FÍSICO > ESTADO GERAL

Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.
Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

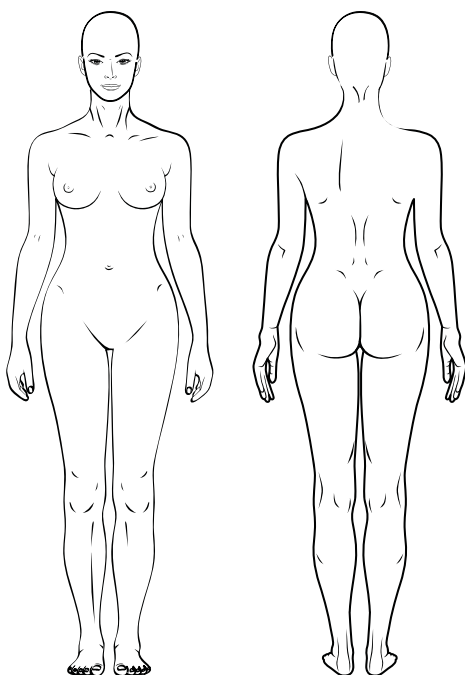
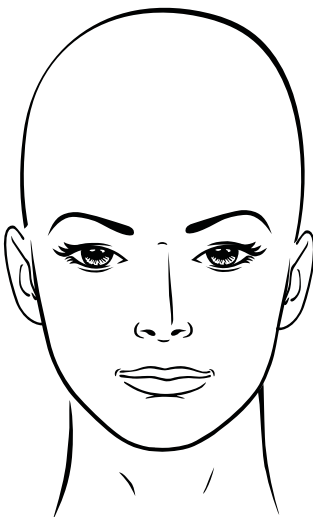
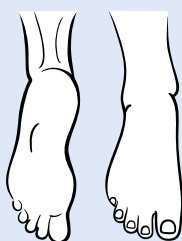
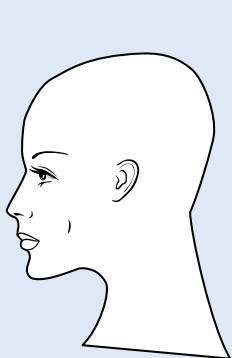
Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (réguas/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o n° do contacto, sem indicar nome/n° de utente.

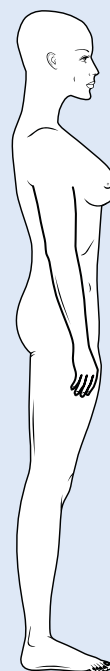
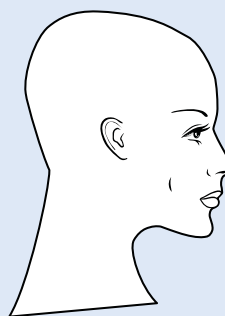


Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido do/a utente, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



EXAME FÍSICO > ESTADO GERAL

Assinalar a localização com números e descrever no espaço abaixo.
Selecionar a(s) figura(s) que melhor se adequa(m) à morfologia da vítima.

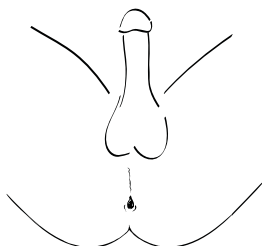
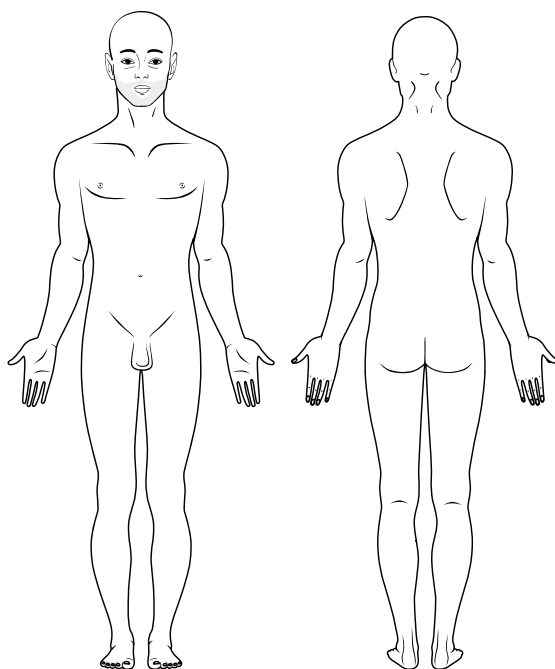
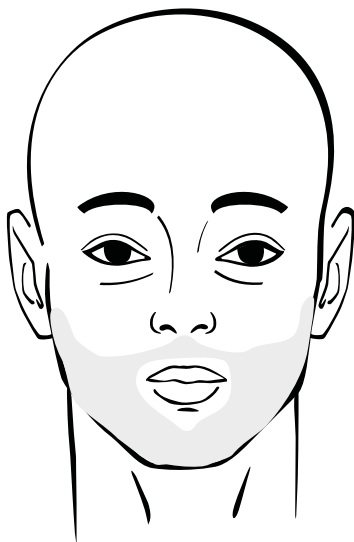
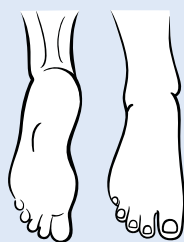
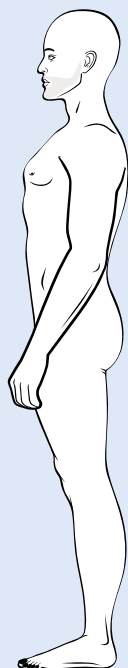
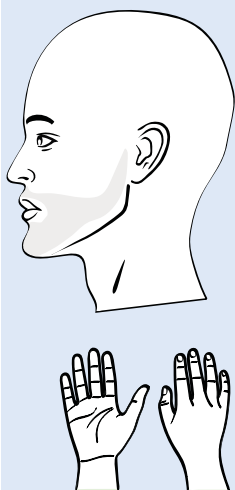
Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (régua/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o n.º do contacto, sem indicar nome/n.º de utente.

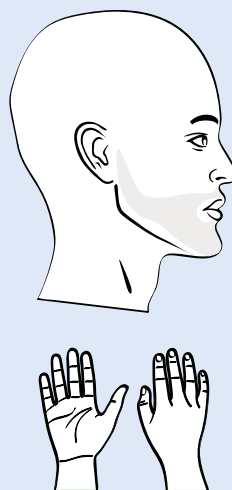


Antes do exame, assegurar preenchimento do Formulário de Consentimento Informado, livre e esclarecido do/a utente, em anexo.

LADO DIREITO



LADO ESQUERDO



Descrição das lesões



Fazer referência a eventuais alterações encontradas resultantes de um estado anterior (cicatrices, tatuagens, marcas de nascença).

Forma/bordos/cor/dimensão/estruturas circundantes/direção-orientação/conteúdo/gravidade/mecanismo/tempo aproximado desde a sua produção/ adequação ao relato – mecanismo e data.

Nº	Localização	Tipo de lesão	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de lesão: avulsão dentária; luxação/fratura dentária; edema; ferida incisa/contusa; mordedura; equimose; fratura; escoriação; hematoma; queimadura; abrasão; corte; alopecia; lesão – ocular, otológica, genital; dor à palpação; cicatriz; etc.

Se a situação clínica o permitir, fotografar antes da prestação de cuidados de saúde, colheita de vestígios e exame físico.

- > Fotografar de diferentes ângulos (corpo inteiro e planos próximos)
- > Usar objetos (régua/moedas) como escalas de tamanho de lesões
- > Identificar as fotos com o nº do contacto, sem indicar nome/nº de utente.

☐ Registo fotográfico de lesões

- ☐ Colheitas
- ☐ Vestígios
- ☐ Peças de vestuário ou outras

☐ Amostras biológicas

☐ Presença de pessoa de confiança da vítima durante o exame

ESTADO EMOCIONAL ATUAL

Descrição geral

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade/Medo | <input type="checkbox"/> Labilidade | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Desorientação |
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Apatia | <input type="checkbox"/> Confusão mental | <input type="checkbox"/> Ideação suicida |

AVALIAÇÃO DO PROCESSO INTERNO DE MUDANÇA NA VÍTIMA

- 1 ☐ Ausência de consciência da situação de violência ou negação da mesma.
- 2 ☐ Inicia tomada de consciência da situação de violência em que vive, contudo não sente que esta possa mudar ou que possa intervir para a mudança.
- 3 ☐ Começa a pensar que não pode continuar a viver na situação presente, mas não sabe como mudar. Analisa prós e contras para a mudança que, contudo, não planeia realizar.
- 4 ☐ Iniciou algumas mudanças e planeia a rutura da situação, embora tenha sentimentos ambivalentes entre autoconfiança e insegurança ou medo de enfrentar o futuro.
- 5 ☐ O percurso de saída da situação de violência não é linear, pelo que pode haver momentos de abandono e retrocessos até conseguir consolidar e manter a sua autodeterminação.
- 6 ☐ Consolidado o processo de mudança, planeia novos projetos de vida.

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE RISCO

1

☐ Presença de indicadores de **RISCO**, avaliado em conjunto com a vítima:

- ☐ Ameaça ou uso de armas
- ☐ Ameaças ou tentativa de homicídio à vítima ou figuras significativas
- ☐ Ameaças ou tentativa de suicídio por parte da vítima
- ☐ Maus tratos e crianças e jovens ou outros elementos da família
- ☐ Lesões graves em incidentes anteriores
- ☐ Ameaça ou abandono da relação por parte da vítima (conflitos, separação/divórcio)
- ☐ Ameaças ou assédio/perseguições/stalking (incluindo em caso de separação)
- ☐ Escalada da gravidade, intensidade e frequência da violência
- ☐ Episódios de violência durante a gravidez
- ☐ Prática de sexo forçado com a vítima (incluindo situação de conjugalidade)
- ☐ Manifestação de ciúmes extremos, controlo obsessivo da atividade diária (onde vai, com que está, que dinheiro tem)
- ☐ Morbilidade psiquiátrica/psicopatologia no/a agressor/a
- ☐ Atitudes extremas de dominância e poder: vítima como propriedade
- ☐ Agravamento das estratégias de isolamento
- ☐ Consumo de álcool ou outras substâncias por parte do/a agressor/a
- ☐ Comportamento violento generalizado a outros contextos
- ☐ Diminuição ou ausência de remorso por parte do/a agressor/a
- ☐ Historial de crimes do/a agressor/a
- ☐ Violação de ordens judiciais pelo/a agressor/a (liberdade condicional, medidas de coação)

2

NA PRESENÇA DESTE INDICADOR, O RISCO AUMENTA CONSIDERAVELMENTE

☐ Resposta positiva da vítima aos itens de perceção de perigo:

- ☐ Sentimento de insegurança
- ☐ Receio em voltar para casa / contexto onde ocorreu a situação de violência
- ☐ Existência de perigo para os filhos
- ☐ Presença do/a agressor/a em localização próxima
- ☐ Desconhecimento da situação por familiares e/ou amigos
- ☐ Fraco apoio da rede de suporte familiar ou social

3

☐ Diagnóstico de **PERIGO IMINENTE**

(possibilidade de sofrer um episódio iminente de violência com perigo para a vida da vítima e/ou das suas figuras significativas), fundamentada na entrevista, perceção da vítima, avaliação biopsicossocial e exame físico.

HIPÓTESE DE DIAGNÓSTICO

☐ Suspeita de violência



Protocolo 1

Ver pág. 191

☐ Confirmação de violência
Situação de Risco



Protocolo 2

Ver pág. 192

☐ Confirmação de violência
Situação de Perigo



Protocolo 3

Ver pág. 193

INTERVENÇÕES ANTERIORES

INTERVENÇÃO ANTERIOR NO ÂMBITO DA SAÚDE:

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica.

(especificar)

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:

☐ Enfermagem

☐ Psicologia

☐ Serviço Social

☐ Outra

☐ Tratamento de lesões (especificar tipo)

☐ Recorrência anterior aos serviços de saúde devido a violência

☐ Episódio(s) de Urgência

☐ Episódio(s) de Internamento

☐ Contacto com a Linha de Saúde 24

☐ Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR.

Número do processo

Equipa

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES:

☐ Apoio pela rede de suporte familiar/social

Pessoa de ref.ª

Contactos

☐ Apoio por ONG/IPSS: ☐ APAV ☐ AMCV ☐ UMAR ☐ NAV

☐ Outra

☐ Apoio pelo Serviço Local ISS, IP (especificar concelho)

☐ Apoio pela RAPVT

☐ Apoio pelo Protocolo RSI

☐ Apoio pelo Banco Alimentar

☐ Linha de Emergência Social 144

☐ Outras linhas de apoio telefónico

☐ Acolhimento em Casa de Abrigo

☐ Intervenção pela CPCJ (em caso de crianças presenciarem violência)

☐ Queixa/denúncia anterior (especificar nº processo)

☐ GNR

☐ PSP

☐ PJ

☐ Ministério Público

☐ Avaliação Forense INMLCF, IP

☐ Medidas judiciais

☐ Afastamento do/a agressor/a

☐ Meios técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)

☐ Serviço de teleassistência

☐ Intervenção pela DGRS

☐ Sinalização para Observatório(s)

☐ Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.otsh.mai.gov.pt/>)

☐ Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde
(<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)

☐ Outro (especificar)

☐ Outra (especificar)

PLANO DE INTERVENÇÃO

PROTOCOLO ACIONADO:

☐ **Protocolo 1 – Suspeita**

☐ **Protocolo 2 - Risco**

☐ **Protocolo 3 - Perigo**

☐ Elaboração/disponibilização de Plano de Segurança à vítima (anexo).

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE

☐ Tratamento de lesões (especificar tipo)

☐ Prescrição de ECD (especificar)

☐ Prescrição de Medicação Especificar:

☐ Encaminhamento Serviço Urgência

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Médica
(especificar)

☐ Consulta(s)/Intervenção(ões) de Especialidade Não Médica:

☐ Enfermagem ☐ Psicologia ☐ Serviço Social ☐ Outra

☐ Internamento. Especificar:

☐ Contacto com a Linha de Saúde 24

☐ Se crianças no agregado, intervenção pelo NACJR/NHACJR

Número do processo Equipa

VIOLÊNCIA SEXUAL

☐ Teste de gravidez

☐ Contraceção de emergência (até 5 dias após agressão)

☐ Interrupção da gravidez

☐ Despiste de ITS/VIH/Hepatite B

☐ Profilaxia ITS/VIH (avaliar risco benefício)

INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ENTIDADES

- ☐ Apoio pela rede de suporte familiar/social
- ☐ Acompanhamento por IPSS: ☐ APAV ☐ AMCV ☐ UMAR ☐ Outra
- ☐ Intervenção pelo Serviço Local ISS, IP. Especificar concelho:
- ☐ Apoio RSI
- ☐ Apoio Banco Alimentar
- ☐ Linha de Emergência Social 144
- ☐ Outras linhas de apoio telefónico
- ☐ Acolhimento em Casa Abrigo
- ☐ Intervenção pela CPCJ
- ☐ Encaminhamento/realização de queixa/denúncia
 - ☐ GNR ☐ PSP ☐ PJ ☐ Ministério Público
- ☐ Avaliação Forense INMLCF
- ☐ Medidas judiciais
 - ☐ Afastamento do/a agressor/a ☐ Meios técnicos de controlo à distância (vigilância eletrónica)
 - ☐ Serviço de teleassistência ☐ Intervenção pela DGRS
- ☐ Sinalização para Observatório(s)
 - ☐ Observatório do Tráfico de Seres Humanos (<http://www.otsh.mai.gov.pt/>)
 - ☐ Observatório de Violência contra Profissionais de Saúde (<http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia-formulario-novo.aspx>)
 - ☐ Outro. Especificar:
- ☐ Outra. Especificar

SINALIZAÇÃO INTERNA

EQUIPA DE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM ADULTOS (EPVA)

- ☐ Apenas sinalização (casuística)
- ☐ Consultadoria
- ☐ Intervenção N° proc.

NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (NACJR)/ NÚCLEO HOSPITALAR DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (N(H)ACJR)

- ☐ Apenas sinalização
- ☐ Consultadoria
- ☐ Intervenção N° proc.

Nome Profissional(is)

Serviço/Unidade

Assinatura

Data

Adaptado de: INMLCF, IP

GESTOR DE CASO

Nome

Entidade

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL > TIPO DE PRÁTICA(S):

**Relativamente à vítima,
o/a suspeito/a(s):**

- ☐ **CONTACTO ORAL**
- ☐ Beijou/lambeu
 - ☐ Mordeu
 - ☐ Contactou os genitais com a boca
 - ☐ Contactou a região anal com a boca
 - ☐ Ejaculou na boca
- ☐ **CONTACTO GENITAL**
- ☐ Contactou com os dedos/mão nos genitais
 - ☐ Penetrou com os dedos na vagina
 - ☐ Contactou com um objeto nos genitais
 - ☐ Penetrou com um objeto na vagina
 - ☐ Contactou com o pénis na vulva
 - ☐ Ejaculou na vulva
 - ☐ Penetrou com o pénis na vagina
 - ☐ Ejaculou na vagina
- ☐ **CONTACTO ANAL**
- ☐ Contactou com os dedos/mão na região anal
 - ☐ Penetrou com os dedos no ânus
 - ☐ Contactou com um objeto na região anal
 - ☐ Penetrou com um objeto no ânus
 - ☐ Contactou com o pénis na região perianal
 - ☐ Ejaculou na região perianal
 - ☐ Penetrou com o pénis no ânus
 - ☐ Ejaculou no ânus

**Relativamente ao/à(s) suspeito/a(s),
a vítima:**

- ☐ **CONTACTO ORAL**
- ☐ Foi obrigada a beijar/lamber
 - ☐ Mordeu
 - ☐ Foi obrigada a contactar os genitais com a boca
 - ☐ Foi obrigada a contactar com a região perianal
- ☐ **CONTACTO GENITAL**
- ☐ Foi obrigada a contactar com o pénis nos genitais
 - ☐ Foi obrigada a penetrar com o pénis na vagina
- ☐ **CONTACTO ANAL**
- ☐ Foi obrigada a contactar com o pénis na região perianal
 - ☐ Foi obrigada a penetrar com o pénis no ânus

DURANTE A AGRESSÃO

- ☐ Utilização de preservativo
- ☐ Utilização de gel contraceptivo, espuma ou lubrificante (especificar substância e local)
- ☐ Ejaculação na roupa ou qualquer outra parte do corpo
- ☐ Outros vestígios orgânicos na roupa ou qualquer outra parte do corpo

EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL (CONT.)

COMPORTAMENTO DA VÍTIMA APÓS ALEGADA AGRESSÃO SEXUAL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lavou uma parte do corpo | <input type="checkbox"/> Fumou |
| <input type="checkbox"/> Tomou banho | <input type="checkbox"/> Mascou pastilha elástica |
| <input type="checkbox"/> Fez irrigação vaginal | <input type="checkbox"/> Mudou de roupa. Especificar que peças e local onde se encontram: |
| <input type="checkbox"/> Penteou, lavou, cortou ou pintou o cabelo | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Limpou as unhas | <input type="checkbox"/> Destruiu alguma peça de roupa |
| <input type="checkbox"/> Cortou as unhas | <input type="checkbox"/> Mudou de artigo sanitário de higiene pessoal |
| <input type="checkbox"/> Urinou | <input type="checkbox"/> Correu ou fez alguma atividade desportiva ou similar |
| <input type="checkbox"/> Defecou | <input type="checkbox"/> Teve outros contactos sexuais posteriores |
| <input type="checkbox"/> Comeu | <input type="checkbox"/> Menstruou depois da agressão |
| <input type="checkbox"/> Bebeu | <input type="checkbox"/> Tomou medicação |
| <input type="checkbox"/> Vomitou | <input type="checkbox"/> Foi submetida/o a alguma consulta ou tratamento médico |

OUTROS DADOS NA MULHER

- | | | | |
|---|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Idade da menarca | <input type="text"/> | Data última menstruação | <input type="text"/> |
| Idade da coitarca | <input type="text"/> | Duração ciclo menstrual | <input type="text"/> |
| Nº de gravidez(es) | <input type="text"/> | Complicações gravidez(es) | <input type="text"/> |
| Nº e tipo de parto(s) | <input type="text"/> | | |
| Nº e motivo de abortamento(s) | <input type="text"/> | | |
| Métodos contraceptivos | <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes cirúrgicos | | | |
| <input type="checkbox"/> Menstruação da vítima na data da colheita | | | |
| <input type="checkbox"/> Infecções de transmissão sexual | | | |
| <input type="checkbox"/> Contato sexual consentido até 5 dias antes do evento | | | |

IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO/A(S) PRESTADOR/A(S) DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

Nome completo:

Morada: Localidade:

Telefone: E-mail:

Âmbito prest. informação: (especificar):

IDENTIFICAÇÃO DO/A(S) SUSPEITO/A(S)

Nome completo:

Idade: D.n.: Sexo: Estado civil:

Nacionalidade: Naturalidade:

Escolaridade: Profissão:

Morada:

Localidade: Contactos:

Situações específicas:

☐ Abuso/Dependência de substâncias ☐ Álcool
☐ Drogas
☐ Outras substâncias (especificar)

☐ Comportamentos delinquentes

☐ Práticas abusivas prévias ☐ a Familiares
☐ a Desconhecidos

☐ Patologia psiquiátrica

☐ ITS's

☐ Outras (especificar)

Relação com a vítima: (especificar)

ANEXO L

Formulário de Denúncia de Crime

FORMULÁRIO DE DENÚNCIA DE CRIME

Exmo./a Sr./a Procurador/a da República de

Atento o disposto nos artigos 262.º e 264.º e para efeito de denúncia nos termos do disposto no artigo 242.º, n.º 1, b), do Código do Processo Penal, vimos dar notícia do seguinte:

VÍTIMA

Nome

Data Nascimento Nacionalidade

Identificação: N.º Validade

Morada

Contactos

DENUNCIADO/A(S)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

TESTEMUNHA(S)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

Nome

Morada

Contactos

Relação com a vítima: (especificar)

FACTOS

Dia Hora Local

Descrição dos Factos:

(descrição genérica da violência, incluindo mecanismo; tipo; circunstâncias do evento traumático; sintomatologia e lesões, ciclo da violência, de acordo com informação prestada pela vítima e avaliada pelo/a profissional).

Frequência:

☐ Única ☐ Esporádica ☐ Reiterada (especificar local mais frequente)

ELEMENTO(S) QUE PODEM CONSUBSTANCIAR PROVA

- ☐ Formulário de Registo Clínico de Violência
- ☐ Fotodocumentação
- ☐ Vestígios recolhidos (incluindo Formulário de Cadeia de Custódia)

Nome do Profissional

Serviço/Unidade

Assinatura: Data: / /

ANEXO L

Glossário

Pessoa Idosa: Pessoa com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2006; Pordata, 2018, INE, 2018).

Violência doméstica: Qualquer comportamento ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não, que provoque sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que resida habitualmente no mesmo espaço doméstico ou que, não residindo, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, namorado/a ou ex-namorado/a, ou progenitor de descendente comum, ou esteja, ou estivesse estado, em situação análoga; ou que seja ascendente ou descendente, por consanguinidade, adoção ou afinidade. Esta definição implica a referência a vários crimes, sejam de natureza pública, semipública ou particular, nomeadamente: o de maus tratos físicos e/ou psíquicos; o de ameaça; o de coação; o de difamação; o de injúrias; o de subtração de menor; o de violação de obrigação de alimentos; o de violação; o de abuso sexual; o de homicídio; e outros (artigo 152º do Código Penal Português; APAV, 2011).

Vítima de crime: “Pessoa singular que sofreu um dano, nomeadamente um atentado à sua integridade física ou psíquica, um dano emocional ou moral, ou um dano patrimonial, diretamente causado por ação ou omissão, no âmbito da prática de um crime”. O conceito de vítima estende-se também a família mais próxima ou as pessoas a cargo da vítima direta (Lei n.º 130/2015, de 04 de Setembro, artigo 3.º alínea a).

Vítima especialmente vulnerável: “A vítima cuja especial fragilidade resulte, nomeadamente, da sua idade, do seu estado de saúde ou de deficiência, bem como do facto de o tipo, o grau e a duração da vitimização haver resultado em lesões com consequências graves no seu equilíbrio psicológico ou nas condições da sua integração social” (Lei n.º 130/2015, artigo 3.º alínea b).

Agressor: Pessoa que utiliza a intimidação, o poder, a coação e/ou a força física para se colocar numa posição de superioridade relativamente a terceiros. Os atos do/a agressor/a podem ou não constituir crime de acordo com a lei em vigor. Ele assume a qualidade de arguido (figura jurídica existente no direito por-

tuguês) caso seja deduzida acusação ou requerida instrução num processo penal contra o/a agressor/a (APAV, 2011).

Crime: Todo o comportamento contrário às prescrições legais, violando princípios e normas definidos por lei. Somente as condutas que violam o Código Penal em vigor concretizam efetivamente um ato definível como crime (APAV, 2011).

Crime Público: Tipologia de crime que obriga o Ministério Público (MP) a determinar o início de inquérito e proceder à investigação dos factos, até que seja lavrado despacho de encerramento independentemente da vontade da vítima e da forma como o MP teve conhecimento da sua ocorrência. Ou seja, mesmo que a vítima venha a informar que não deseja procedimento criminal (o que sucede muitas vezes), o Ministério Público é obrigado legalmente a prosseguir com o inquérito e esse conhecimento pode ser obtido de diferentes formas não dependendo necessariamente ou diretamente da apresentação de queixa por parte da vítima. Para além da queixa direta da vítima, pode ser dado conhecimento de um crime de violência doméstica através de uma participação policial, de uma informação escrita anónima ou de uma notícia de jornal (APAV, 2010).

Indicadores de suspeita: Conjunto de indícios. É importante realçar que cada indicador, de forma isolada, não confere “grau de risco” a uma situação (DGS 2016, p. 155).

Risco: É a probabilidade de ocorrência de um incidente (WHO, 2011, p. 15). “A definição de risco engloba uma variedade de medidas de probabilidades, incluindo aquelas baseadas em dados estatísticos ou em julgamentos subjetivos” (Goldim, 2001, citado por Redondo, Pimentel & Correia, 2012, p. 298)

Fator de risco: Características ou condições que podem aumentar a probabilidade de aparecimento ou ocorrência de um determinado problema ou envolvimento em determinado comportamento de risco (Hespanhol, Couto & Martins, 2008; APAV, 2011).

Fatores modificáveis: Fatores de risco passíveis de serem alterados (Hespanhol et al., 2008) através da intervenção da equipa multidisciplinar, sem colocar a PI em risco de vida.

Avaliação multidimensional: Uma avaliação que permite a recolha de dados dos diferentes níveis organizacionais da história de vida (individual, familiar / relacional, comunitário e social), ao longo do ciclo vital e transversalmente, e que em paralelo ajude a potenciar o “*insight*” em relação ao “problema” e a motivação

para aceitar a intervenção (Redondo, Pimentel & Correia, 2012). Idealmente realizada pela equipa multidisciplinar (Bernal & Gutiérrez, 2005).

Perigo: Uma circunstância, agente ou ação com potencial para causar dano (WHO, 2011).

Perigo eminente: Situação de urgência na qual se verifica situação de perigo de vida, com risco de dano da integridade física (APAV, 2011) “fundamentada na entrevista, perceção da vítima, avaliação biopsicossocial e exame físico” (DGS, 2016, p. 178).

Planos de segurança: São estratégias que, geralmente, são planeadas e adaptadas atendendo às circunstâncias particulares de cada situação e de cada vítima. As informações devem ficar registadas e guardadas em lugar seguro. A elaboração do plano deve ser efetuada com a vítima, pois ela conhece o agressor melhor do que ninguém, há que ter em conta a forma que ela considera mais adequada para a redução do seu risco de violência futura. Por exemplo, o técnico normalmente tenta perceber, em traços gerais, o espaço da casa, de forma a encontrar um local considerado seguro, para evitar os locais onde ocorrem com maior frequência os episódios de violência (APAV, 2010; Redondo, Pimentel & Correia, 2012; Hoover & Polson, 2014).

Denúncia: Representa uma declaração de conhecimento relativamente a determinados factos consubstanciadores da ocorrência de um crime público, podendo ser realizada por qualquer pessoa (APAV, 2010).

Queixa: É uma declaração de vontade do ofendido, que através da sua apresentação manifesta pretender a abertura de procedimento criminal contra o(s) autor(es) de um crime semipúblico ou particular (APAV, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual TÍTONO – Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa: APAV.
- Bernal, A. & Gutiérrez B. (Coords.) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO.

- Acedido em: 17/04/2017. Disponível em: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=51212>
- Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006). *Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2016). Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde. (2ª edição) Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- Hespanhol, A., Couto, L. & Martins, C. (2008). A Medicina Preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 49-64. **Doi:** 10.32385/rpmgf.v24i1.10462.
- Hoover, R. & Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *American Family Physician*, 89 (6), 453-460. Acedido em: 12/10/2017. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0315/p453.html>.
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Tábuas de Mortalidade em Portugal*. Acedido em: 13/02/2018. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=316113801&DESTAQUESmodo=2.
- Lei n.º 130/2015 (2015). Procede à vigésima terceira alteração ao Código de Processo Penal e aprova o Estatuto da Vítima, transpondo a Diretiva 2012/29/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de outubro de 2012, que estabelece normas relativas aos direitos, ao apoio e à proteção das vítimas da criminalidade e que substitui a Decisão-Quadro 2001/220/JAI do Conselho, de 15 de março de 2001. Assembleia da República. Diário da República, Série I (N.º 173 de 2015-09-04), 7004-7010. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/130/2015/09/04/p/dre/pt/html>.
- Lei n.º 59/2007 (2007). Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro. Assembleia da República. Diário da República, Série I (N.º 170/2007, de 2007-09-04), 6181-6258. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/59/2007/09/04/p/dre/pt/html>.
- Pordata (2018). *Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo*. Acedido em: 04/02/2018. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saud%C3%A1vel+aos+65+anos+por+sexo-1590-211621>.

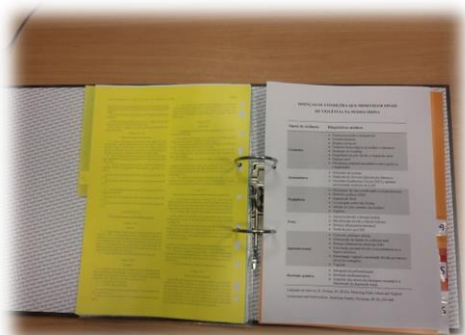
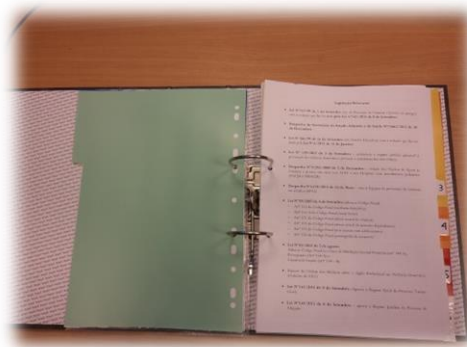
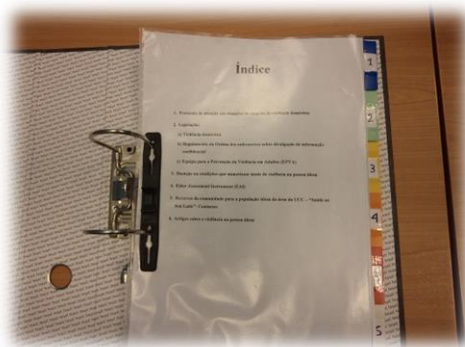
- Redondo, J., Pimentel, I., Correia, A. (2012). *Manual SARAR – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar: Uma proposta de Manual para profissionais na área da violência familiar / entre parceiros íntimos*. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- World Health Organization (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde.

Apêndice XXVIII:
Apresentação do dossiê sobre a temática da violência doméstica
e a Pessoa Idosa

Índice

- 1. Protocolo de atuação em situações de suspeita de violência doméstica**
- 2. Legislação:**
 - a) Violência doméstica**
 - b) Regulamento da Ordem dos enfermeiros sobre divulgação de informação confidencial**
 - c) Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)**
- 3. Doenças ou condições que mimetizam sinais de violência na pessoa idosa**
- 4. Elder Assessment Instrument (EAI)**
- 5. Recursos da comunidade para a população idosa da área da UCC – “Saúde ao Seu Lado”- Contactos**
- 6. Artigos sobre a violência na pessoa idosa**

Dossiê – Prevenção da violência contra a Pessoa Idosa



Apêndice XXIX:
Tipologias de violência, as ações que a caracterizam
e os sinais e sintomas mais frequentes

TIPOLOGIAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA, AS AÇÕES QUE A CARATERIZAM E OS SINAIS E SINTOMAS MAIS FREQUENTES

No contexto de prevenção secundária é essencial que os profissionais estejam aptos a detetar sinais e sintomas sugestivos de violência contra a PI, de acordo com as diferentes tipologias. Estes indicadores encontram-se sumariamente descritos na seguinte tabela.

Tabela 1- Tipologias de violência contra a PI, as ações que a caracterizam e os sinais e sintomas mais frequentes.

TIPO DE VIOLÊNCIA	AÇÕES	EXEMPLOS DE POSSÍVEIS SINAIS E SINTOMAS
Física	Bater, Esbofetear, empurrar, estrangular, cuspir, sub ou sobre medicação, contenção física, alimentar à força, aplicar sanções inapropriadas.	Laceração incisa limpa (associada a cortes por objeto afiado), fraturas, contusões, abrasões e equimoses em localizações atípicas (fora das proeminências ósseas) e maiores do que 5 cm, arranhões, entorses, perda de dentes, queimaduras (com padrões inconsistentes, marcas de cigarros, marcas do radiador de aquecimento), lesões nos olhos. Alópecia traumática ou inflamação do couro cabeludo. Petéquias no pescoço, cabeça, face, pavilhões auriculares conjuntivas e mucosas bucais (possível estrangulamento) Úlceras de pressão, agressividade, agitação, sintomas depressivos, imobilidade, perda de massa muscular. Efeitos sobre ou sub medicação: sedação, confusão, “propensão” para quedas. Uso frequente do serviço de urgência.
Emocional ou Psicológica	Humilhar; intimidar; ameaçar de abandono; ridicularizar; causar medo e ansiedade; <i>bullying</i> ; culpar; isolamento/impedir contacto social; negar direitos básicos, sobre proteção; provocar medo, ansiedade; ameaçar a PI com ferimentos físicos; fechar a PI num quarto).	Sintomas de desamparo ou desesperança, labilidade emocional, depressão, perda de apetite, alterações do sono; isolamento; nutrir sentimentos ambivalentes em relação ao agressor; paranoia, medos excessivos.

TIPO DE VIOLÊNCIA	AÇÕES	EXEMPLOS DE POSSÍVEIS SINAIS E SINTOMAS
Sexual	Violar, atos sexuais não consentidos pela PI, por não ter capacidade para consentir ou por ser obrigado a consentir	Lesões, queimaduras/irritação cutânea nos órgãos genitais, medo/ansiedade/irritação à aproximação/ao toque e à realização dos cuidados de higiene; marcas de mordedura humana nos órgãos genitais
Financeira	Súbita redução dos fundos financeiros; remoção de material da propriedade; coação para assinatura para passagem de propriedades ou bens e alteração de testamento	Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedades ou outros bens sem consentimento; assinatura forjada de cheques/documentos; levantamento de dinheiro de contas bancárias (sem conhecimento da PI); operações legais de uma PI com incapacidade cognitiva;
Negligência	Ignorar necessidades físicas e médicas; falha em possibilitar o acesso a serviços essenciais (saúde, sociais, educacionais) e em não permitir o acesso a ajudas técnicas para as atividades de vida diárias	Higiene pobre; vestir inadequadamente face às condições ambientais; exposição a situações perigosas por ausência de supervisão; falta de ortóteses (ex. óculos, bengala ou andarilhos entre outros); ausência de cuidados de saúde; atrasos na procura dos cuidados de saúde; desnutrição/desidratação; úlceras de pressão; contraturas; pele irritada por urina; Isolamento social.

Fonte: Adaptado de Minayo, 1994; Ferreira-Alves 2004; APAV, 2010; Phelan, 2010; Hoover & Polson, 2014; Minayo & Müller, 2014; Lachs & Pillemer, 2015; Martinho, 2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos. Polícia e Justiça. *Revista do Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais*. III série, Número especial Temático, 133-151.
- Hoover, R. & Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *American Family Physician*, 89 (6), 453-460. Acedido em: 12/10/2017. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0315/p453.html>.
- Lachs, M. & Pillemer, K. (2015). Elder Abuse. *The New England Journal of Medicine*, 373, 1947-1956. **Doi:** 10.1056/NEJMra1404688.
- Martinho, A. S. (2016). *Maus-Tratos de Idosos: Artigo de Revisão*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Minayo, M. C. S. (1994). A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (suplemento 1), 07-18. **Doi:** 10.1590/S0102-311X1994000500002.
- Minayo, M. & Müller, N. (org.) (2014). *Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É possível prevenir. É necessário superar*, Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Acedido em: 13/11/2018. Disponível em: <http://www.cedi.pr.gov.br/arquivos/File/CEDI/ManualViolencialdosogovfedweb.pdf>
- Phelan, A. (2010). Elder Abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478. **Doi:** 10.12968/bjcn.2010.15.10.78727.

Apêndice XXX:
Doenças que mimetizam os sinais de violência

DOENÇAS OU CONDIÇÕES QUE MIMETIZAM SINAIS DE VIOLÊNCIA NA PESSOA IDOSA

Sinais de violência	Diagnósticos médicos
Contusões	<ul style="list-style-type: none">• Fratura associada a osteoporose;• Trombocitopenia;• Reações alérgicas;• Distúrbio hemorrágico secundário a fármacos;• Síndrome de Cushing;• Fragilidade da pele devido a exposição solar;• Púrpura senil;• Hematoma subdural secundário a uma queda ou coagulopatia.
Queimaduras	<ul style="list-style-type: none">• Dermatite de contato;• Síndrome de Stevens-Johnson por fármacos;• Necrólise Epidérmica Tóxica (NET), também denominada síndrome de Lyell.
Negligência	<ul style="list-style-type: none">• Obstipação devido à medicação ou hipercalcemia;• Diabetes mellitus (DM);• Impactação fecal;• Cicatrização pobre das feridas;• Infecção do trato urinário (na mulher);• Vaginite.
Fome	<ul style="list-style-type: none">• Anorexia devido a doença mental;• Má-absorção devido a hipotireoidismo;• Doença inflamatória intestinal;• Perda de peso por DM.
Agressão sexual	<ul style="list-style-type: none">• Cistocele, prolapso uterino;• Diminuição da função do esfíncter anal;• Doença inflamatória intestinal (DII);• Escoriação perineal devido a incontinência ou a líquen escleroso;• Hemorragia vaginal e escoriação devido aos baixos níveis de estrogênio;• Vaginite.
Restrição química	<ul style="list-style-type: none">• Iatrogenia da polimedicação;• Interação medicamentosa;• Aumento dos níveis dos fármacos secundário a diminuição da depuração renal.

Adaptado de: Hoover & Polson (2014)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hoover, R. & Polson, M. (2014). Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *American Family Physician*, 89(6), 453-460. Acedido em: 12/10/2017. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0315/p453.html>.

Apêndice XXXI:
Resumo da candidatura para comunicações livres em formato de
póster nas V Jornadas do ACES Médio Tejo

Título: FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA PESSOA IDOSA

Autores: M^a Julieta Costa* (mestranda do 8º Curso de Especialização enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da ESEL; enf^a do ACES X)
Helena Falcão (enf^a mestre e especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica do ACES X)
Emília Brito (professora adjunta da ESEL)
Paula Fernandes (Técnica de Serviço Social do ACES X)

Resumo:

O envelhecimento populacional tem contribuído para um aumento das doenças crónicas e da dependência nas pessoas idosas (World Health Organization [WHO], 2002; WHO Regional Office for Europe, 2011; Baker, Francis, Hairi, Othman & Choo 2016), e por sua vez, a uma maior vulnerabilidade da Pessoa idosa, principalmente quando esta necessita de ajuda nas atividades de vida diária. É nestas relações quotidianas e familiares, nomeadamente em casa que surge a violência.

De acordo com as últimas estimativas mundiais um em cada seis idosos foi vítima de algum tipo de abuso no último ano (WHO, 2017) e em Portugal 12,3 % da população com mais de 60 anos foi vítima de violência (Gil, 2014). Fatores como o baixo nível das pensões de reforma, o isolamento social, o facto de existir uma maior proporção de pessoas com mais de 75 anos, não institucionalizadas a coabitar com outros, foram identificados como possíveis causas que contribuem para o aumento da vulnerabilidade da população idosa portuguesa face a situações de violência (Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013 citando Gaymu et al., 2008; Azeredo, 2016).

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2016) no documento “Violência Interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde” reconhece a complexidade do fenómeno e recorda que este é muitas vezes marcado pelo silêncio das vítimas e pela ausência de sinais evidentes. Salienta ainda o papel privilegiado que os serviços de saúde desempenham na identificação, avaliação e prevenção da violência, dada a relação de confiança e proximidade que detêm com os utentes.

Importa ainda referir, que um dos obstáculos ao diagnóstico e notificação da violência por parte dos profissionais de saúde é a escassez ou ausência de treino no reconhecimento das situações de violência (APAV, 2010; Caceres & Fulmer, 2016).

Tendo em conta que cada caso é um caso e que a atuação deve ter sempre por princípio assegurar a máxima segurança da vítima, é imprescindível que a avaliação do risco seja rigorosa e sistemática, para que o/a profissional detenha a informação suficiente para compreender e substanciar a sua intervenção (DGS, 2016).

A necessidade de um instrumento que permitisse a deteção do risco, a gestão e encaminhamento dos casos sinalizados de forma mais célebre, sistemática, e baseada naquilo que são as boas práticas, foi a necessidade identificada pela Unidade de Cuidados Continuados (UCC). Este foi o mote para o desenvolvimento do Fluxograma de Atuação em Situações de Suspeita de Violência Doméstica na Pessoa Idosa.

A metodologia utilizada para este trabalho foi a pesquisa bibliográfica (tendo a condução da pesquisa sido desenvolvida com base nos critérios definidos para a revisão *scoping*, com as etapas previamente estabelecidas pelo Instituto *Joanna Briggs*), reuniões com diferentes parceiros da comunidade (nomeadamente PSP e diretoras das Instituições Particulares de Segurança Social) e momentos de discussão dentro da equipa multidisciplinar da UCC.

Como resultado, foi construído um fluxograma que procurou espelhar as diretrizes gerais preconizadas pela DGS, tendo sido realizadas “as adaptações inerentes” ao contexto comunitário ao qual se destina, de acordo com o proposto pela DGS (2016, p. 143), e indo ao encontro das boas práticas internacionais relativamente à problemática da violência na Pessoa Idosa.

Palavras-chave: Idoso; Violência; Prevenção; Comunidade

Referências Bibliográficas

- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual TÍTONO – Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.
- Azeredo, Z. (2016). Reflexão sobre o papel dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários na violência sobre idosos. *Journal of Aging & Innovation*, 5(1), 4-9. Acessado em: 31/05/2017. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/1-csp-violencia-idosos.pdf>.
- Baker, P., Francis, D., Hairi, N., Othman, S. & Choo, W. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 1-123. **Doi:** 10.1002/14651858.CD010321.pub2.

- Caceres, B. & Fulmer, T. (2016). Mistreatment Detection. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker. *Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice* (5th ed.) (pp. 179-196). New York: Springer Publishing Company.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª edição) Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violenciainterpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>.
- Gil, A. P., (Ed.) (2014). *Envelhecimento e Violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido em: 22/01/2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/1955>.
- Santos, A., Nicolau, R., Fernandes, A. & Gil, A. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas [online]*, 72, 53-77. **Doi:**10.7458/SPP2013722618.
- World Health Organization (2002). The Toronto Declaration on the global prevention of elder abuse. Geneva: WHO. Acedido em: 10/04/2017. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf
- World Health Organization Regional Office for Europe (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Geneva: WHO Acedido em: 10/05/2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthyageing/publications/2011/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>.
- World Health Organization (2017). Elder abuse. Fact sheet. Updated June 2017. Acedido em: 17/06/2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>.

Apêndice XXXII:
Póster do “Fluxograma de Atuação em Situações de Suspeita de
Violência Doméstica no Idoso”, apresentado nas V Jornadas do
ACES Médio Tejo

Introdução: As equipas de saúde ao entrarem no espaço íntimo das famílias têm um acesso privilegiado para procederem à identificação, avaliação, acompanhamento e encaminhamento da pessoa idosa com risco ou em situação de violência. Para uma ação mais eficaz necessitam de treino e da existência de protocolos de atuação adaptados aos contextos (Caceres e Fulmer, 2016). Este trabalho teve como **objetivo** construir um protocolo de atuação em situações de suspeita de violência doméstica na pessoa idosa. A **metodologia** foi a pesquisa bibliográfica, com enfoque para diretivas da DGS (2016), reuniões com diferentes parceiros da comunidade (nomeadamente PSP e diretores das IPSS) e momentos de discussão dentro da equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Continuados (UCC).

FATORES DE RISCO

Pessoa Idosa

- Dependência física ou cognitiva
- Distúrbios mentais

Cuidador

- Distúrbios mentais
- Hábitos aditivos

Relação

- Coabitação

Comunidade

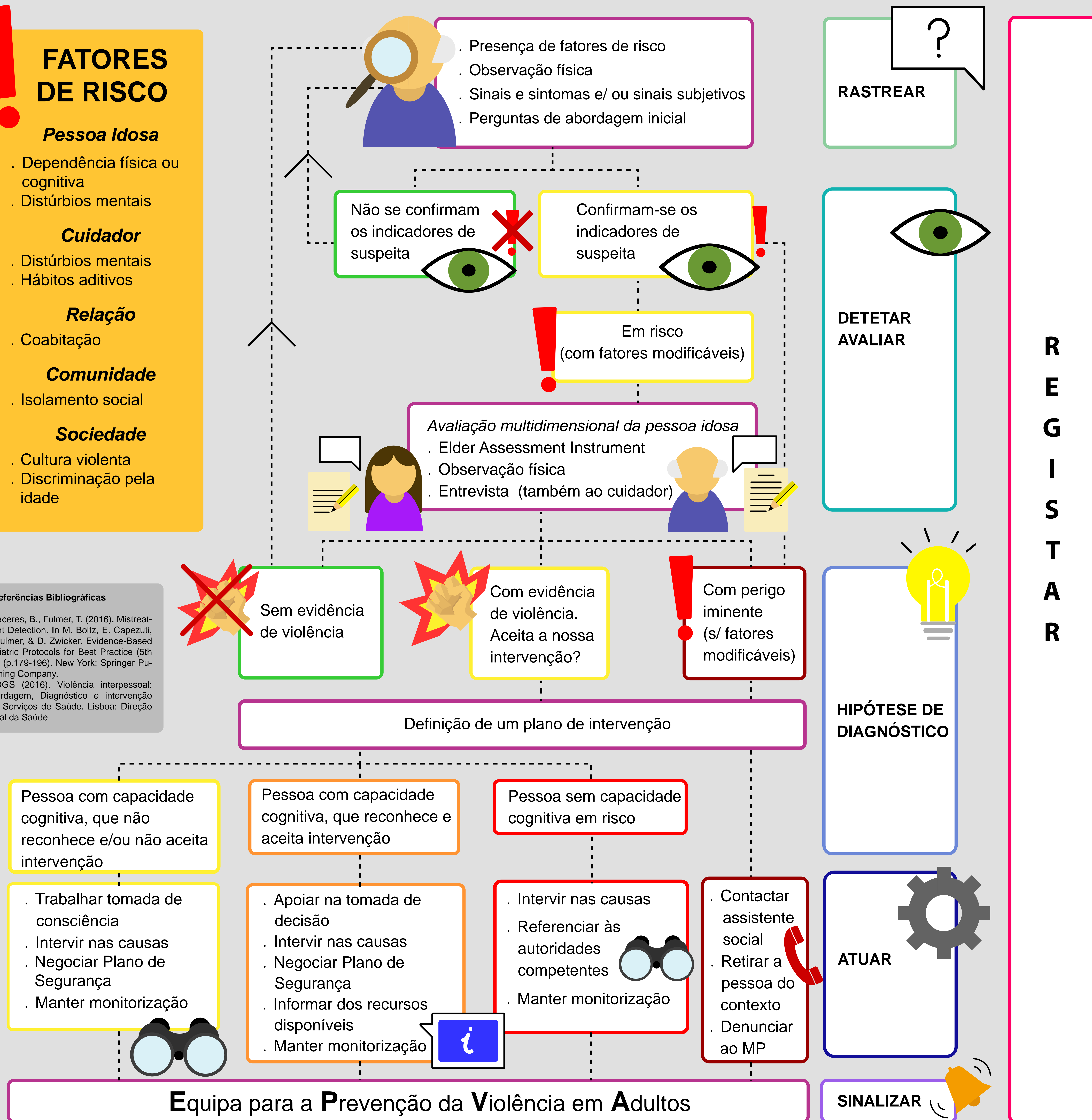
- Isolamento social

Sociedade

- Cultura violenta
- Discriminação pela idade

Referências Bibliográficas

- Caceres, B., Fulmer, T. (2016). Mistreatment Detection. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker. Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice (5th ed.) (p.179-196). New York: Springer Publishing Company.
- DGS (2016). Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde



Conclusão: Apesar da singularidade que reveste cada caso, a existência de um fluxograma de atuação irá contribuir para que a intervenção do profissional de saúde seja mais rigorosa, sistematizada, consistente, célere e baseada naquilo que são as boas práticas

Apêndice XXXIII:

**Slides da apresentação em formato de comunicação oral da
“Proposta de Fluxograma de Atuação em Situações de Suspeita de
Violência Doméstica na Pessoa Idosa”, no III Congresso Nacional
de Cuidados Continuados Integrados e I Conferência de
Hospitalização Domiciliária**

Proposta de Fluxograma de Atuação em Situações de Suspeita de Violência Doméstica na Pessoa Idosa



Autores: M^a Julieta Costa
M^a Emília Brito
Helena Falcão
Paula Fernandes

01-03-2018

III Congresso Nacional de CCI & I Conferência HD

1

Sumário

1. Contextualização
2. Metodologia
3. Fluxograma de atuação
 - 3.1. Fatores de Risco
 - 3.2. Sinais objetivos e subjetivos
 - 3.3. Avaliação multidimensional
 - 3.4. Elder Assessment Instrument
 - 3.5. Protocolos propostos

01-03-2018

III Congresso Nacional de CCI & I Conferência HD

2

CONTEXTUALIZAÇÃO

Envelhecimento populacional

Aumento das doenças crónicas

Aumento da vulnerabilidade

Violência sobre os idosos

(WHO, 2002; WHO, 2011; INE, 2013; Baker et al 2016)

01-03-2018

III Congresso Nacional de CCI & I Conferência HD

3

CONTEXTUALIZAÇÃO

Equipas de saúde estão em posição privilegiada para detetar situações de violência

(WHO, 2002; Caceres & Fulmer, 2016)



Necessitam de treino e da existência de protocolos de atuação adaptados aos contextos

(Caceres & Fulmer, 2016)

01-03-2018

III Congresso Nacional de CCI & I Conferência HD

4

METODOLOGIA

Pesquisa bibliográfica

Reuniões com parceiros da comunidade

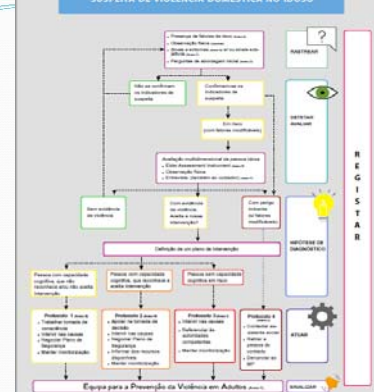
Discussão dentro da Equipa Multidisciplinar

01-03-2018

III Congresso Nacional de CCI & I Conferência HD

5

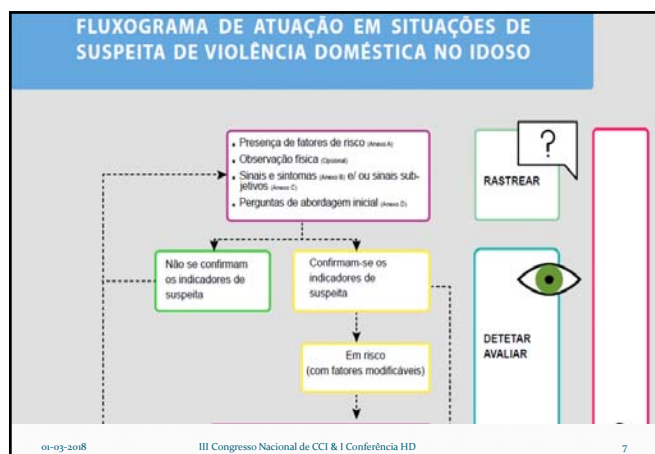
FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO IDOSO



01-03-2018

III Congresso Nacional de CCI & I Conferência HD

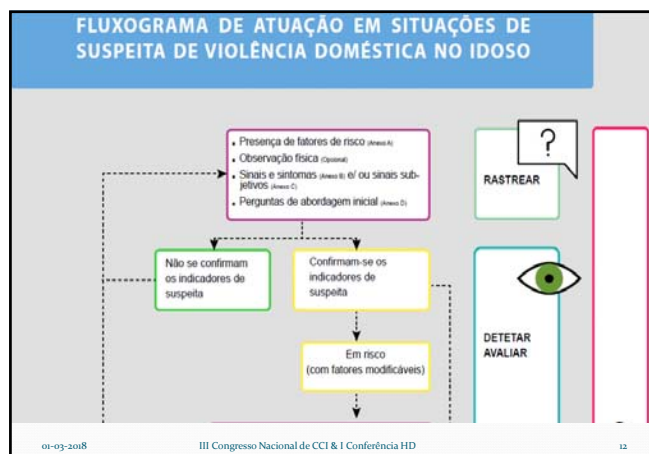
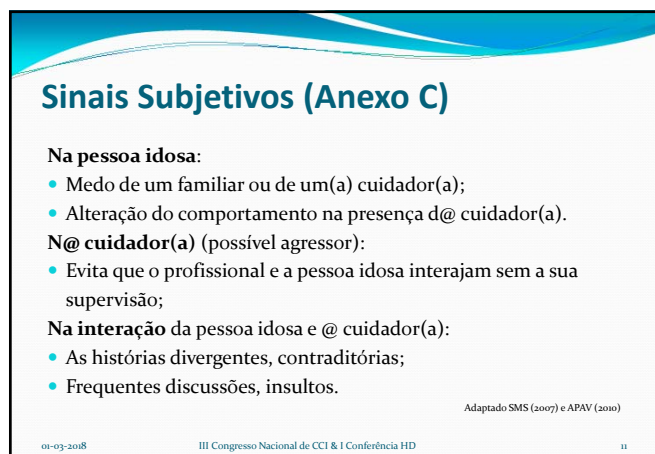
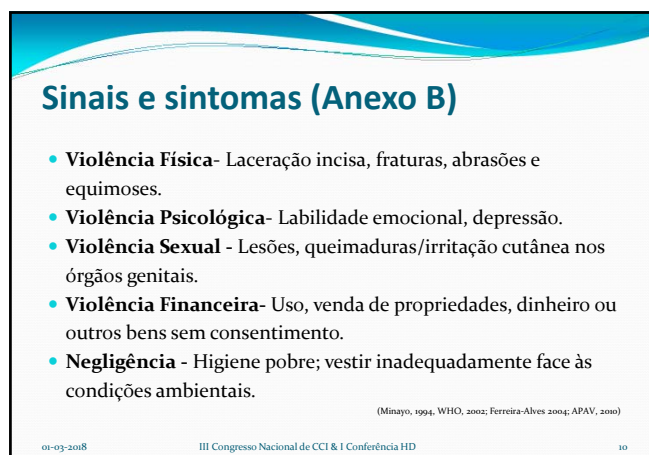
6

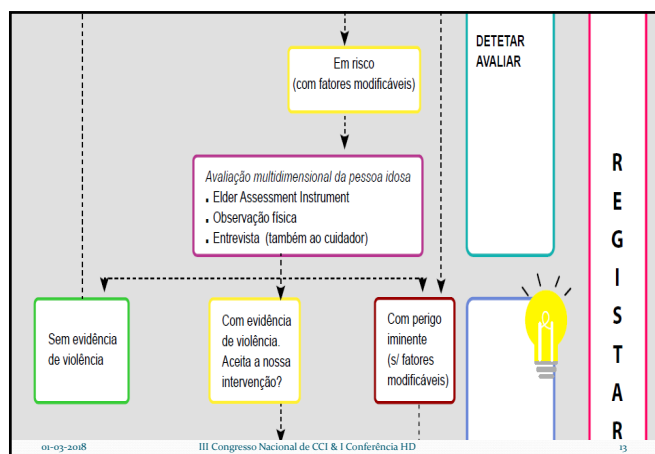


Fatores de Risco (Anexo A)

NÍVEL	FATORES DE RISCO	PRESENTE	AUSENTE
Vítima (Individual)	Gênero: mulher - Potencial		
	Idade: mais de 74 anos - Potencial		
	Dependência física ou cognitiva - Forte		
	Distúrbios mentais: Depressão - Forte		
Agressor (Individual)	Agressão e comportamento desafiador pela vítima		
	Gênero: Homens - violência física		
	Mulheres - negligência		
	Distúrbios mentais: depressão - Forte		
Relação	Hábitos aditivos: álcool e drogas - Forte		
	Hostilidade e agressão		
	Problemas financeiros		
	Stress: sobrecarga do cuidador		
Comunidade	Dependência financeira do agressor - Forte		
	Dependência (emocional e habitacional) da vítima em relação ao agressor		
	Transmissão intergeracional		
	Relacionamento difícil de longa duração - Potencial		
Sociedade	Parentesco: filhos ou parceiros - Potencial		
	Coabitação		
	Isolamento social - Potencial		
	Falta de suporte social		
	Discriminação pela idade		
	Outras formas de discriminação: racismo e sexismo		
	Fatores econômicos e sociais		
	Cultura violenta		

01-03-2018 III Congresso Nacional de CCI & I Conferência HD 7

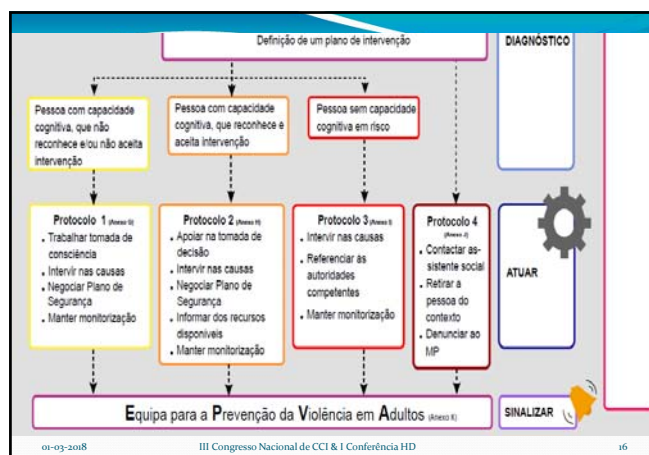
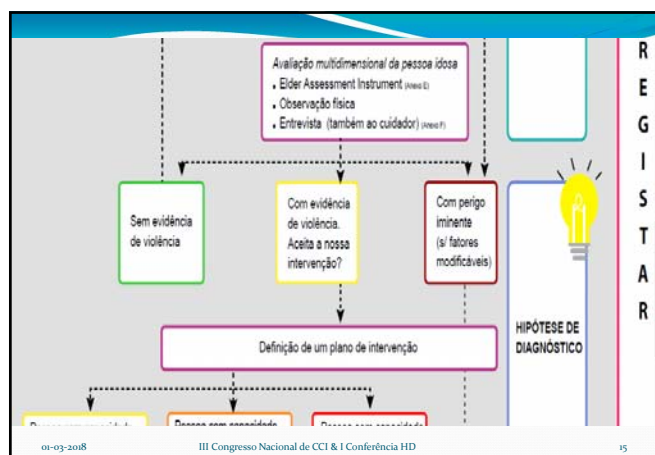




Elder Assessment Instrument (Anexo E)

- Está traduzido e validado para pop. Portuguesa
- Rápida aplicação (12-15 min)
- Pode ser aplicado também a idosos com alterações cognitivas
- Possível de ser aplicado em qualquer contexto

01-03-2018 III Congresso Nacional de CCI & I Conferência HD 14



Apesar da singularidade que reveste cada caso, a existência de um **fluxograma de atuação** irá contribuir para que as intervenções dos profissionais de saúde sejam mais rigorosas, sistematizadas, consistentes, céleres e baseadas naquilo que são as boas práticas.

01-03-2018 III Congresso Nacional de CCI & I Conferência HD (DGS, 2014) 17

Referências bibliográficas

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *Manual Títano - Apoio a Pessoas Idosas vítimas de Crime e de Violência*. Lisboa: APAV.

Baker, P., Francis, D., Hairi, N., Othman, S., Choo, W. (2016). *Interventions for preventing abuse in the elderly*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Acedido a 24/04/2017. Disponível em: http://www.cochrane.org/CD010221/PUBHLITH_interventions-preventing-abuse-older-people

Caceres, B., Fulmer, T. (2016) *Mistreatment Detection*. In Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., Zwicker, D. *Evidence-Based Geriatric Protocols for Best Practice* (5th ed.). New York: Springer Publishing Company

Direção Geral da Saúde (2016). *Violência interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e intervenção nos Serviços de Saúde*. (2ª edição) Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido 22-03-2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>

Minayo, M. C. (2005). *Violência contra idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Acedido a 22/11/2017. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/i8.pdf

01-03-2018 III Congresso Nacional de CCI & I Conferência HD 18

Referências bibliográficas

Minayo, M. C. (2005). *Violência contra idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Acedido a 22/11/2017. Disponível em:

http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/i8.pdf

Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*. 15(10), 472-478.

Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS (2007). *Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: SMS

World Health Organization (2002). *The Toronto Declaration on the global pre-vention of elder abuse*.

WHO, Geneva. Acedido 10/05/2017. Disponível em:

http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf

World Health Organization Regional Office for Europe (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Acedido 10/05/2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthyageing/publications/2011/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>.

Apêndice XXXIV:
***Mail* para os interlocutores das EPVA dos CSP**



MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

Confirmação dos contactos da EPVA

1 mensagem

MARIA JULIETA ARAÚJO DA COSTA <[REDACTED]@campus.esel.pt>

31 de janeiro de 2018 às 11:07

Para: [REDACTED]@arslvt.min-saude.pt

Bom dia,

O meu nome é Maria Julieta A. Costa. Sou enfermeira, a exercer funções na [REDACTED]ACES [REDACTED] [REDACTED] aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Estou a desenvolver o meu projeto "Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem" com vista à discussão pública, sob a orientação da Prof. Adjunta M^a Emília Brito. Atualmente estou a estagiar no Serviço de Urgência Geral do Hospital [REDACTED]

Um dos objetivos do presente estágio é colaborar na articulação entre a EPVA hospitalar e as EPVA's da comunidade abrangidas pela área hospitalar deste hospital.

Assim sendo, solicito a vossa colaboração no sentido de confirmarem se o nome e o contacto do interlocutor abaixo mencionado estão atualizados. Caso seja possível, gostaríamos obter um contacto telefónico do interlocutor ou da EPVA.

Nome do interlocutor: [REDACTED]

Email: [REDACTED]@arslvt.min-saude.pt

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do seguinte contacto telemóvel:

[REDACTED]

Grata pela vossa atenção,

Enf^a Julieta Costa